第　　　　号

転出元市町村

　　 年　　月　　日

手　当　名受給者台帳の送付依頼について

福祉事務所長　印

このことについて、下記の者が　　 年　　月　　日付けをもって貴管内から転出し

本市にて手　当　名の申請がありましたので、貴管内での支給を記録した受給者台帳の

送付を依頼します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カナ氏名 |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  |
| 旧 住 所 |  | | |
| 新 住 所 |  | | |
| 備　　考  **固定文言１** | **固定文言２＋編集１** | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |