

申請内容変更届出書(障害児通所給付費)

さくら市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名		個 人 番 号	
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児童氏名		続柄	個 人 番 号
届出書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏 名		本人と の関係	
住 所	〒 電話番号		
変更事項 (該当に○を して下さい。)	給付決定保護者に 関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先	
	支給決定に係る児童 に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄	
	そ の 他		
変更内容	変更前		
	変更後		

※変更した内容を証する書類を添付すること。

