

申請内容変更届出書（介護給付費等）

長井市福祉事務所長 宛

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"/> 支給(給付)決定障害者等(本人) | <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入) |
| フリガナ | | 本人と の関係 |
| 氏 名 | | |
| 住 所 | 〒 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 変更事項 (該当に○を して下さい。) | 支給(給付)決定障害 者等に関する事 こと | ①氏名 ②居住地 ③連絡先 |
| | 支給決定に係る児童 に関する事 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。