

申請内容変更届出書（障がい児通所給付費）

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"/> 給付決定保護者（本人）	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（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。)	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。