

障害児通所給付費 申請内容変更届出書

川西市長 様

平成 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 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| 申請者 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 平成 | 年 月 日 |
| 給付決定 に係る 児童氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | 続柄 | |

| | | | |
|--------|---|--|------------|
| 届出書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（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 (該当項目に○ をして下さい。) | 入所給付決定保護者 に関する こと | ①氏名 ②居住地 ③連絡先 |
| | 利用者である児童 に関する こと | ④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との関係 |
| | 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。