

介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費  
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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名				
個人番号	<input type="text"/>			
居 住 地	〒			
	電話番号			
フリガナ		生年 月日	平成	年 月 日
支給決定に係る 児 童 氏 名				
個人番号	<input type="text"/>	続柄		

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 (該当項目に○ をして下さい。)	支給(給付)決定障害者等 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。