

(福第14号)

☐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

令和 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	大・昭・平・令 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	平・令 年 月 日
支給決定に係る 児 童 氏 名			
個人番号		続柄	

届出書提出者	☐ 支給（給付）決定障害者等（本人）	☐ 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。