

様式第 1 2 号 (第 9 条関係)

申請内容変更届出書

下妻市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり変更があったので届け出ます。

フリガナ		個人番号	
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏名		生年月日	年 月 日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児童氏名		個人番号	
		生年月日	年 月 日

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(下欄に記入してください。)	
フリガナ		本人との関係
氏名		
住所	〒 電話番号	

変更事項 (該当する事項に○を付けてください。)	支給(給付)決定障害者等に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に関する事	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してください。