内容変更届出書

糸魚川市福祉事務所長　様

年　　　月　　　日

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 | 大正 昭和平成 令和 |
| 支給（給付）決定障害者（保護者）氏名 | 個人番号 |
| 電話番号 |  |
| 居住地 | 〒 |
| フリガナ |  | 続柄 |  |
| 支給（給付）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 | □　支給（給付）決定障害者（保護者）（本人）　□　本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項（該当に〇をしてください） | 支給（給付）決定障害者（保護者）に関すること | ①氏名　　②居住地　　③個人番号　　④連絡先 |
| 利用者である児童に関すること | ⑤氏名　　⑥居住地　　⑦個人番号　　⑧連絡先⑨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