

障害児通所給付費等に係る申請内容変更届出書

(宛先)新潟市長

年 月 日

下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定保護者 氏名		個人番号	
居住地	郵便番号		
	電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 障がい児氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者 <input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外(下の欄も記入してください。)		
フリガナ		本人と の関係	
氏名			
住所	郵便番号		
	電話番号		

変更事項	給付決定保護者に関する こと	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先
	給付決定に係る障がい 児に関すること	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 保護者との続柄
	その他	
変更内容	変更前	
	変更後	

備考

- 1 該当する□にレ印を記入してください。
- 2 変更内容を証する書類を添付してください。