

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費支給決定申請事項変更届

令和 年 月 日

(届出先)茨木市福祉事務所長

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	年 月 日
支給決定障害者 (保護者)氏名	個人番号:		
居住地	電話番号		
フリガナ		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(該当に○をしてください。)	支給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	

備考 変更した内容を証する書類を添付してください。