

障害児通所支援給付費等支給決定申請事項変更届出書

（届出先）茨木市長

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 通所給付決定 保護者氏名	個人番号：	生年月日	年 月 日
居住地	〒 茨木市 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る 児童氏名	個人番号：	続柄	生年月日
			年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（下の欄に記入してください。）		
フリガナ 氏名		本人との 関係	
居住地	電話番号		

変更事項 （該当に○を 付してください。）	通所給付決定保護者に関する こと	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	給付決定に係る児童に関する こと	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄 ⑧健康保険証
	その他	
変更内容	変更前	
	変更後	