

様式第9号（第8条関係）

（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）
申請内容変更届出書

与那原町長 様

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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名				
居 住 地	〒 電話番号			
フリガナ		続柄		
支給決定に係る 児 童 氏 名		生年 月日	昭和・平成	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 して下さい。）	支給（給付）決定障 害者等に関するこ と	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 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
	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。