

障害児通所給付費支給申請内容変更届出書

与那原町長 様

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		生年 月日	年 月 日
給付決定保護者 氏名	個人番号： ⑩		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 児童氏名	個人番号：	生年 月日	平成・令和 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）	
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。)	給付決定保護者に 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。