

申請内容変更届出書（障害児通所給付費）

印西市長 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	年 月 日											
支給（給付）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		生年月日	年 月 日											
支給決定に係る 児 童 氏 名		続 柄												
		個 人 番 号												

届出書提出者	☐ 給付決定保護者 ☐ 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	
	支給決定に係る児童 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	
	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。