

申請内容変更届出書

薩摩川内市長 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 支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名	個人番号:	生年 月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号:	続柄 生年 月日	年 月 日

届出書提出者 フリガナ 氏 名	<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)
住 所	本人と の関係	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。