

様式第 10 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

大崎市社会福祉事務所長 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		個人番号	
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		生年月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名		個人番号	
		生年月日	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 者等に関する事	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。