

様式第13号(第5条関係)

介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費・
療養介護医療費支給申請内容変更届出書

枝 幸 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	年 月 日
支給決定障害者 (保護者)氏名	個人番号：		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障害児氏名	個人番号：	生年 月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等(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	(印)		
住 所	〒 電話番号		

変更事項 (該当に○を して下さい。)	支給決定障害者等 に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先 ④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。