

## 申請内容変更届出書

平群町長 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		印 (自署又は捺印)	生 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		続 柄		
支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号:	生 年 月 日		

届出書提出者	支給(給付)決定障害者等(本人)	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 害者等に関するこ と	氏名	居住地	連絡先
	利用者である児童 に関するこ と	氏名	居住地	連絡先 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。