

様式第9号（第8条関係）

申請内容変更届出書（障害児通所給付費）

東海村長 様

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 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。