障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給申請内容変更届

年　　月　　日

　　　（宛先）旭川市長

　　障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費の支給申請内容に変更があったので，次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 通所給付決定保護者氏名 | 印（個人番号：　　　　　　　　　　） |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 続柄 |  |
| 通所給付決定に係る児童氏名 | （個人番号：　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 変更事項 | 通所給付決定保護者に関すること | １　氏名　２　居住地　３　連絡先 |
| 通所給付決定に係る児童に関すること | 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 届出書提出者 | □通所給付決定保護者（本人）□本人以外（次の欄に記入してください。） |
| ふりがな |  | 届出者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |

　（注）１　変更した内容を証する書類を添付してください。

　　　　２　「通所給付決定保護者に関すること」欄及び「通所給付決定に係る児童に関すること」欄は，該当する番号を○で囲んでください。