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

年　　月　　日

　　　（宛先）旭川市長

　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 |
| 支給決定障害者（保護者）氏名 | 印  （個人番号：　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | 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 |
| 変更事項 | 支給決定障害者等に関すること | | | | | | 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 | | | | | | 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 | □支給決定障害者等（本人）　　□本人以外（次の欄に記入） | | |
| ふりがな |  | 届出者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒  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　「支給決定障害者等に関すること」欄及び「利用者であ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。