様式第12号（第12条関係）

平戸市福祉事務所長　様

介護給付費等支給申請内容変更届出書

年　　月　　日

　　次のとおり変更がありましたので、届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 支給決定障害者(保護者)氏名 | (※) | | | | |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | | |
| 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 |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |

| 届出書提出者 | □支給決定障害者等(本人)　□本人以外(下の欄に記入) | | |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 | (※) |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| 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 | | 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。