

北上市長 様

障害児通所給付費支給申請内容変更届出書

フリガナ		生年月日	
給付決定保護者 氏名	個人番号： ㊞		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 児童氏名	個人番号：	生年月日	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者 <input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外（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 (該当するものに○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
	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	

備考 変更した内容を証する書類を添付すること。