様式第14号(第9条関係)

年　　月　　日

　北上市長　様

　　　介護給付費等、特定障害者特別給付費、療養介護医療費、地域相談支援給付費支給決定申請内容変更届出書

　次のとおり変更がありましたので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給決定障害者(保護者)氏名 |  |
| 個人番号： |
| 居住地 | 　 |
| 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 | 　 |
| 住所 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　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。