

年 月 日

フリガナ		生年月日	年	月	日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏名 （個人番号）	（ ）				
居 住 地	〒 - 電話番号（ ）				
フリガナ		続 柄			
支給決定に係る 児 童 氏 名 （個人番号）	（ ）	生年月日	年	月	日

届出書提出者	☐ 支給（給付）決定障害者等（本人） ☐ 本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		
氏名	本人との関係	
住所	〒 - 電話番号 （ ）	

変 更 事 項 (該当に○を して下さい。)	支給（給付）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。