

様式第 5 号（第 7 条関係）

堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援申請内容変更届出書

堺 市 長 殿

年 月 日

次のとおり変更がありましたので、堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援費の支給に関する要綱第 7 条の規定により届け出ます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定障害者 （保護者）氏名			（ 歳）
個人番号（障害児の場合は、記入不要）			
住所	〒		
	電話番号		
フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定に係る 障害児氏名			（ 歳）
個 人 番 号		続 柄	
受給者番号			

変更事項 （該当するものに○ をしてください。）	支給決定障害者（保護者） に関すること	①氏名 ②住所 ③連絡先
	支給決定に係る障害児 に関すること	④氏名 ⑤住所 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	

届出書提出者	☐ 支給決定障害者（保護者）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	〒		
	電話番号		

注意 変更した内容を証する書類を添付すること。