

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) に関する事	①氏名 ②住所 ③連絡先
	支給決定に係る障害児 に関する事	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	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者(保護者)本人 <input type="checkbox"/> 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 (1) 申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください
 (2) 変更した内容を証する書類を添付すること。