

様式第1号の7（第1条の5関係）

申請内容変更届出書

年 月 日

市川市長

次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

フリガナ 給付決定保護者 (支給決定障害者) 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 児 童 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		続 柄	

届 出 書 提 出 者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（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。)	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	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

※給付決定保護者を変更する場合は、裏面もご記入ください。

【裏面】

給付決定保護者を変更する場合のみ、ご記入ください。

【個人番号記欄】

変更後の 給付決定保護者	
児童	

【重要】

障害児通所給付費の支給を受けようとするときは、通所給付の受給資格の有無を審査するために必要な要件があります。給付資格の有無を確認し、又は審査するため、下記の項目について市長が確認することに同意するときは、□に「レ」を記入してください。

なお、同意しないときは、受給資格を満たすことを証する書類の提出が必要となります。

- 住民基本台帳法に基づく記録を確認することを同意します。
- 市町村民税の課税状況を確認することを同意します。
- 通所給付決定を行うに当たって、市長が必要と認めるときは、児童相談所等に通所給付決定に係る情報を確認することを同意します。

変更後の給付決定保護者 氏名 _____