

重度医療	自立支援給付	特障手当	福祉手当	受付者

(送付先)設定・変更届

申請日: 年 月 日

届出人	氏名	印		受給者との関係	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		電話	
受給者	氏名			住民コード	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		電話	
変更前	住所	〒			
	宛名			電話	
変更後	住所	〒			
	宛名			電話	
設定・変更が必要な業務(該当する箇所には○を記載)	重度医療	佐伯市福祉手当	自立支援給付 (障がい福祉サービス)	その他 ※下部に具体的に記入	
設定・変更期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
設定・変更理由					

社会福祉課障がい福祉係

※「住民コード」欄は記載不要です。  
 ※「認定・変更期間」の終期は期間がある人のみ記載してください。

受 付 印

[ 電話 ・ 窓口 ・ 職権 ]