

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						

障がい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]