

受給者証記載事項変更届出書

(兼地域生活支援事業受給者証記載内容変更届出書 (第12条関係))

加古川市長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。また、当該届出書の記載事項に係る審査に関し、市が私及び同一世帯者の(※)の情報を調査することに同意します。

受給者証の種類	1	障害福祉サービス受給者証	受給者証番号
	2	療養介護医療受給者証	
	3	障害児通所支援受給者証	
	4	肢体不自由児通所医療受給者証	
	5	地域相談支援受給者証	
	6	地域生活支援事業受給者証	

フリガナ		生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏名	個人番号:			
居住地	〒			
		電話番号 () -		
フリガナ		続柄		
支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年 月日	平成 令和	年 月 日

連絡先	<input type="checkbox"/> 支給(給付)決定障がい者等(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 () -		

変更事項 (該当に○を して下さい。)	支給決定障がい者 等に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関する事	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	負担上限月額等 の算定のために 必要な事項	
変更内容	変更前	
	変更後	

(※) 住民基本台帳情報、市区町村民税課税状況並びに固定資産税及び都市計画税の納付状況、特別障害者手当・障害児福祉手当経過的福祉手当・特別児童扶養手当の受給状況、障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金の受給額、国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保険料の納付額、介護保険制度における要介護認定又は要支援認定の情報並びに利用者負担額(高額介護サービス費・高額介護予防サービス費により償還された費用を除く。)