（介護給付費　訓練等給付費　地域相談支援給付費　障害児通所給付費　地域生活支援給付費）
（計画相談支援給付費　障害児相談支援給付費　特定障害者特別給付費　療養介護医療費　肢体不自由児通所医療費）

申請内容変更届出書　兼　申請取下書　兼　受給者証再交付申請書　兼　受給者証返還届出書

平成　　年　　月　　日

呉　市　長　様

次のとおり申請(届出)します。

			受給者証番号			
（申請者（保護者））	ふりがな		申請に係る児童	ふりがな		続柄
	氏　名	個人番号		児童氏名	個人番号	
	生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日		生年月日	平成　　年　　月　　日	
	居住地	〒　　電話番号				

□申請者本人　　□申請者本人以外(下の欄に記入)

提出代行者	ふりがな		
	家族等氏名（事業者名称）	届出(申請)者との関係	
	居住地（所在地）	〒　　電話番号	

届出または申請の内容

事由発生日　平成　　年　　月　　日

□ 1. 申請内容の変更

【変更事項】□氏名　□居住地　□連絡先　□その他(　　)

変更前	
変更後	

□ 2. 申請の取り下げ

【取下理由】□入院　□転居　□死亡　□その他(　　)

□ 3. 受給者証の再交付

【受給者証の種類】□障害福祉サービス等受給者証　□通所受給者証
□地域相談支援受給者証　□療養介護医療受給者証
□肢体不自由児通所医療受給者証

【申請理由】□汚損　□紛失　□その他(　　)

□ 4. 受給者証の返還

【返還理由】□入院　□転居　□死亡　□その他(　　)

市役所処理欄						
起案:平成　　年　　月　　日			受付	証返還	発送	
担当	GL	課長		有・無		
上記のとおり受給者証を交付してよろしいですか。					／	

2016.11

受付印