

(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**

令和 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 保 護 請 者 者 )	ふりがな											申請に 係る 児童	ふりがな											続柄
	氏名											児童 氏名												
	個人番号											個人番号												
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	生年月日	平成・令和	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											届出(申請) 者との関係												
	家族等氏名 (事業者名称)																							
	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	令和	年	月	日										
	<input type="checkbox"/> 1. 申請内容の変更 【変更事項】 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> その他( )														
	変更前														
	変更後														
	<input type="checkbox"/> 2. 申請の取り下げ 【取下理由】 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )														
<input type="checkbox"/> 3. 受給者証の再交付 【受給者証の種類】 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等受給者証 <input type="checkbox"/> 通所受給者証 <input type="checkbox"/> 地域相談支援受給者証 <input type="checkbox"/> 療養介護医療受給者証 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療受給者証 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等受給者証(事業者記入用冊子) 【申請理由】 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他( )															
<input type="checkbox"/> 4. 受給者証の返還 【返還理由】 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )															

市 役 所 処 理 欄	起案:令和	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。						/

受付印