障害福祉サービスの支給に係る更新申請等の送付先変更申請書

新見市長　殿

年　　月　　日

申請者	住　所	〒
	フリガナ	
	氏　名	
	電話番号	
	障害者(児)との続柄	

障害福祉サービスの支給に係る更新申請等の書類について、以下のとおり送付先の変更を申請します。
なお、この件に関して発生する一切の問題を私の責任において処理します。

申請内容		□新規　□変更　□解除		
障害者(児)	受給者番号			
	住　所			
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	電話番号			
	同意の有無	□ 本人同意　□ (本人が意思決定困難等の事由により)親族等支援者が同意		
変更後の送付先	種　別	1 親族方　2 施設・グループホーム　3 後見人　4 その他		
	住　所 (※)	〒		
	フリガナ		障害者(児)との続柄	
	氏　名			
	電話番号		1 自宅　2 勤務先 3 携帯　4(　　)	
変更理由		1 入院・施設入所のため　2 家庭の事情のため 3 送付先変更解除　4 その他(　　)		
備考				

【 注意事項 】

・申請者と障害者(児)の関係が市で確認できない場合、関係のわかる書類等が必要です。
(例)後見人であることがわかる登記簿の写し、市外在住の親族のため戸籍謄本の写し

・郵送で申請される場合は、必ず身分証明書の写しを添付して下さい。

・送付先変更の必要がなくなった場合や、さらに送付先を変更する場合は再度申請が必要です。

※ 変更後の送付先種別が「 申請人住所 」の場合、以下の住所・氏名・電話番号の記載は必要ありません。

本人確認	書類名	免 ・ パ ・ マ ・ 保 ・ 障
	番号	

入力確認	入力日	年　月　日
	入力者	