第４号様式(第７条関係)

知的障害児者手当内容変更届

年　　　月　　　日

阿賀野市長

対象者又は扶養義務者

住所

氏名

（対象者との続柄：　　　　　　）

　以下のとおり届出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな) | |  | | | 生年月日 | |  | |
| 障害者（対象者）の氏名 | |  | | |
| 障害者（対象者）の住所 | | 〒 | | | | 電話番号 | |  | |
| 氏名 | 変更前 |  | | | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | | | |
| 住所 | 変更前 | 〒 | | | | | | | |
| 変更後 | 〒 | | | | | | | |
| 支払希望金融機関 | 変更前 | 名称 |  | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | |
| 変更後 | 名称 |  | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | |
| 療育手帳の内容 | | Ａ　・　Ｂ | | 手帳番号 | |  | | | |
| 変更理由 | |  | | | | | | | |
| 変更日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |

※障害者（対象者）の氏名、住所、生年月日他、変更する箇所のみ御記入ください。