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。