

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) 障害者（対象者）の氏名				生年 月 日	
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	〒			
金 支 融 払 機 希 関 望	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。