

様式第33号（第70条関係）

地域生活支援給付費支給量変更申請書

美濃加茂市長（氏名）宛

次のとおり申請します。なお、私及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税の状況等を調査することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年 月日	年 月 日
	氏名	個人番号：			
	居住地	〒 美濃加茂市 電話番号			
	フリガナ			生年 月日	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名	個人番号：		続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者 福祉手帳番号	
変更内容					
変更理由					
変更するサービス	サービスの種類				
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業（個別支援型・グループ支援型）				
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業（宿泊を伴わない短期入所）				
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型				
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型				
<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業					
申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）				
氏名			申請者との関係		
住所	〒 美濃加茂市 電話番号				