

介 護 給 付 費
訓 練 等 給 付 費

氏名変更・転居届

大阪市 区 保健福祉センター所長

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

支給決定障がい者 (保護者)	受給者番号							異動年月日				年 月 日	
	フリガナ							支給決定に 係る児童氏名					
	氏名							児童氏名					
	個人番号								個人番号				
	居住地	〒 電話番号 ()											
届出事由		氏名変更〔支給決定障がい者(保護者)〕 氏名変更〔支給決定に係る児童〕 市内転居〔支給決定障がい者(保護者)及び支給決定に係る児童〕 市外転出〔支給決定障がい者(保護者)及び支給決定に係る児童〕											
異動の内容	をチェックし、以下の「異動内容」欄にその内容を記入してください。												
	フリガナ												
	新氏名												
	フリガナ												
	新氏名												
	転居後の居住地または住所	〒 電話番号 ()											

届出者	フリガナ		代理人		代行者	
	氏名			申請者との関係		
	住所	〒 電話番号 ()				