

(身体障害者 知的障害者) 障害程度区分変更申請書

(あて先)

〇〇市(町村)長

次のとおり申請します。

申 請 者	施設受給者証番号		申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ		生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月 日
	氏名		性別	男 ・ 女			
	居住地						
	現在の施設訓練等支援の種類、内容及び障害程度区分						
変更を申請する理由							

届 出 者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者
	氏名		申請者との関係	
	居住地	〒 電話番号		