様式第5号(第7条関係)

障害者移動支援事業利用変更(廃止)届

年　　月　　日

　　(宛先)南砺市社会福祉事務所長

　南砺市障害者移動支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者等 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 係る児童  利用に | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 続柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | 療育手帳番号 | | | |  | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 氏名等 |  |  |
| 居住地 |  |  |
| その他 |  |  |
| 変更年月日 |  | |