様式第9号(第5条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 特別障害者手当（障害児福祉手当）氏名（住所）変更届出書 | | | |
|  | (ふりがな)  受給資格者氏名 |  |  |
|  |
| 住所 |  |
| (ふりがな)  変更後氏名 |  |
|  |
| 変更後住所 |  |
| 上記の理由が発生した日 | 年　　月　　日 |
| 上記のとおり氏名（住所）を変更したので届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  住所  氏名　　　　　　　　　　印  　八頭町長　様 | | | |

◎　氏名変更の場合は、戸籍の抄本を添付して提出ください。