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。