

# 障害支援区分変更認定申出書

岸和田市福祉事務所長 様

年 月 日

過日、通知のあった私の障害支援（程度）区分認定について、再度判定していただきたく申し立ていたします。

申請者	フリガナ		受給者証 番号																	
	氏名		生年月日	大正・昭和																
	居住地	〒596- 岸和田市	電話番号																	
	フリガナ		生年月日	平成																
支給申請に係る 障害児氏名			令和																	

届出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人（下欄の氏名等記入不要）		<input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下欄の氏名等を記入）	
	フリガナ		申請者との 関係	
	氏名			
	住所	〒596- 岸和田市	<input type="checkbox"/> 住所・電話番号ともに申請者と同じ	
		電話番号		

再判定申し立て理由	
<input type="checkbox"/> 調査時(受診時)から心身の状態が変化しているため	
<input type="checkbox"/> その他（以下に理由を記入）	
〔	
〕	

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	〒	電話番号	

市処理欄	受付年月日	受付番号	受付担当	調査員	備考
	年 月 日				