

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 年 月 日 平成・令和											
	居 住 地	〒596ー 岸和田市 電話番号													
	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 令和											
支給申請に係る 障 害 児 氏 名															

届出者	☐ 申請者本人（下欄の氏名等記入不要）		☐ 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ー 岸和田市 ☐ 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

☐ 調査時(受診時)から心身の状態が変化しているため

☐ 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				