様式第11号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (身体障害者　知的障害者)障害程度区分変更申請書  国頭村長　様  次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請者 | 施設受給者証番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | | 年　　月　　日 | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 性別 | | 男　　・　　女 | |
| 居住地 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の施設支援の種類、内容及び障害程度区分 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 変更を申請する理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 届出者 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | □代理人 | | □代行者 |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | 申請者との関係 | |  |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |