

障害程度変更届

氏名			住所	愛川町		
障害程度	変更前	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	級	療育手帳	A 1	A 2
				()	B 1	B 2
	変更後	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	級	I Q		
				療育手帳	A 1	A 2
			()	B 1	B 2	
			I Q			
変更年月日		年 月 日				
<p>愛川町在宅障害者福祉手当条例の規定により、障害程度が変更になったので、お届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>愛川町長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>						
※処理	受付年月日		改定年月日		福祉手当改定額	
		年額 円	

- 身体障害者手帳、療育手帳若しくは知能指数を判定する証明書又は精神障害者保健福祉手帳を添えてください。
- ※印欄は、記入しないでください。