

様式 3

年 月 日

(あて先) 仙 台 市 長

障害者自立支援給付（補装具費）の代理受領に関する変更届出書

事業者 住 所

事業者名

代表者名

印

TEL

FAX

次のとおり、申出の内容に変更があったので届出ます。

記

(1) 変更事項（該当する番号を○で囲む）

1. 住所・連絡先 2. 事業者名 3. 代表者氏名 4. 取扱い種目

(2) 変更内容

事項	変 更 前	変 更 後	変更日	備考