

様式第6号

鳥取市障害者地域生活支援給付費居住地等変更（要件変更・受給辞退）届出書

年 月 日

鳥取市長 様

届出者 住 所
氏 名
利用者との続柄

印

鳥取市障害者地域生活支援給付費の利用を変更（辞退）したいので、下記のとおり届け出ます。

記

対象者	氏 名	個人番号：
住所・氏名 変更	新住所	
	旧住所	
	新氏名	
	旧氏名	
辞退理由		

・居住地等の変更をした時、14日以内に届け出ること。