

第 1 2 号様式（第 1 4 条関係）

20〇〇年 〇月 〇日

多摩市長 殿

届出者 住 所 東京都多摩市関戸6-12-1

氏 名 多 摩 太 郎
電話番号 090-〇〇〇〇-××××

多摩市障がい者自立生活サポーター支援制度サポーター (変更) 取消) 届

多摩市障がい者自立生活サポーター支援制度のサポーターとしての支援について（変更・取消）事由が生じたので、多摩市障がい者自立生活サポーター支援制度実施要綱第 1 4 条の規定により、届け出ます。

フリガナ	た ま たろう		
サポーター氏名	多 摩 太 郎		
生年月日	20〇〇年 〇月 〇日生（満 〇〇歳）		
住所	〒 206－00〇〇		
	東京都多摩市永山1-〇〇-××		変更後の内容を記載してください。
特記事項			

（注） 標題の変更・取消のいずれかに○をして下さい。

変更の場合は変更内容のみ記入してください。また、取消の届出をする場合は申請年月日のみ記入してください。