

第 1 2 号様式（第 1 4 条関係）

年 月 日

多摩市長 殿

届出者 住 所

氏 名

電話番号

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	
サポーター 氏名	
生年月日	年 月 日生（満 歳）
住所	〒 ー
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。