

厚木市視覚障がい者遠隔サポートシステム利用変更（停止）届出書

令和 年 月 日

(宛先) 厚木市長

私は、以下のとおり変更を届け出ます。

届 出 者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名		続柄	

手 帳 所 持 者	住 所	申請者と同じ <input type="checkbox"/>
	フリガナ	申請者と同じ <input type="checkbox"/>
	氏 名	申請者と同じ <input type="checkbox"/>

変更（停止）事由 ※該当の項目に○	変更	1 氏名変更 2 住所変更 3 電話番号変更 4 メールアドレス変更 5 緊急連絡先変更
	停止	6 死亡（ 年 月 日） 7 転出（ 年 月 日） 8 利用停止（ 月分から）
	その他	9 その他（ ）
変更（停止）年月日	令和 年 月 日	
変更内容 ※廃止の場合は記入不要	新	
	旧	
備考		

同 意 書

- 1 厚木市視覚障がい者遠隔サポートシステムの利用に当たり、厚木市が障害者手帳及び住民登録の情報を照会することについて同意します。
- 2 当該システムの申込者の情報、利用者の情報その他提出された書類に含まれる情報を厚木市と業務委託を行う株式会社プライムアシスタンスが共有することについて同意します。

令和 年 月 日 手帳所持者氏名 _____