

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

山県市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号		
	居住地	〒 電話番号 () ー		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る児童氏名	個人番号	続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
-----------	------------	-----------------

変更の理由	
-------	--

変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	