

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

泉佐野市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏 名	個人番号:			
	居 住 地	〒 電話番号			
	フリガナ		生年月日	平成・令和	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"/> 放課後等デイサービス				
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援					