

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： | | | 年 月 日 | |
| | 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 | 利用中のサービスの種類と内容等 | |
| | 障害福祉関係サービス | |
| 変更の理由 | | |
| 変更を申請する支援 | 支援の種類 | 申請に係る具体的な内容 |
| | □児童発達支援 | |
| | □医療型児童発達支援 | |
| | □放課後等デイサービス | |
| | □保育所等訪問支援 | |