

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

銚田市長様  
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        | 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        | 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 |      | 疾病名 |
| 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、肢体不自由児通所医療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 |  |
|-------|--|

| 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"/> 居宅訪問型児童発達支援 |            |
|        | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援    |            |