

様式第10号（第8条関係）

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

美濃加茂市福祉事務所長 宛

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 氏名 | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 居住地 | 〒 - 個人番号 | | | | | | | | | | 電話番号 - - | | | | |
| 支給申請に係る児童氏名 | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | | 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 | |