

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

(あて先) 鞍手町長 岡崎 邦博 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			
	氏 名	個人番号：					
	確認事項	所得状況について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。					
	居住地	〒					
		電話番号					
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ			生年月日			
	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	
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
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

