様式第５号（第５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

那須塩原市長　　様

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 |  | 個人番号 |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 居住地 | 〒電話番号 |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 支給申請に係る児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 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(※) |  | 保険者名及び保険者番号 | (※) |  |
| ※「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に記入すること。 |
| 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、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 |  |
| □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 |
| □居宅訪問型児童発達支援 |