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 | | | | | | |