

障害児通所給付費等支給等決定変更申請書

令和 年 月 日

船橋市長 あて

記入例

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成
	氏名			年 月 日
		個人番号	電話番号	
	居住地			
フリガナ		生年月日	平成・令和	
支給申請に係る児童の氏名				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
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、医療型児				
サービス利用の状況	障害福祉関係	利用中のサービスの種類、内容及び事業所等		
変更の理由	<p>例) 支給量の場合：通所する事業所が増える為 通所している事業所の利用日数が増える為 長期休暇の利用が増える為 など</p> <p>(変更に伴い計画書の添付やプランの追記を確認すること。必ず申請日の翌月から適用になります)</p>			
変更を申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容(利用施設名称)	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		<p>例) 10日/月→15日/月</p> <p>具体的に ○○○事業所 週2日 △△△事業所 週1日</p> <p>または ○○○事業所△△△事業所を週3日利用 など</p>	
	<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				

該当するサービスにチェックをしてください

今利用している事業所をすべて記入