第６号様式

通所給付費変更申請書

（障害児通所給付費等支給等変更申請書）

令和　　年　　月　　日

記入例

船橋市長　あて

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 年　月　日
	氏名	個人番号	電話番号	
	居住地			
フリガナ			生年月日	平成・令和 年　月　日
支給申請に係る児童の氏名		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	

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

と。。

今利用している事業所をすべて記入

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、内容及び事業所等
変更の理由		

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
（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）

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）
	□　児童発達支援	例）10日/月→15日/月 具体的に　〇〇〇事業所　週２日 △△△事業所　週１日 または　〇〇〇事業所△△△事業所 を週３日利用　など
	□　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	

該当するサービスにチェックをしてください