

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決定変更申請書)

令和 年 月 日

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
	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、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。				
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、内容及び事業所等		
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(利用施設名称)		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援			
	<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			