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

船橋市長　あて

次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td>昭和・平成
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏名</td><td rowspan="2">個人番号</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td>平成・令和
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">支給申請に係る児童の氏名</td><td rowspan="2">個人番号</td><td>続柄</td><td></td></tr>
</table>

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、肢体不自由児通所医療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）
	□　児童発達支援	
	□　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	