|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額 | 減額 | 等変更申請書 |
| 免除 |

年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | 個人番号 |  |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  | 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 |  |
| 難病名 |  |
| 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と内容等 |
| 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 |  |

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部の写しを、いわき市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者若しくは指定障害児入所施設の関係者又は医師意見書を記載した医師に提供することに同意します。

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　＠