

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

日田市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：	印		
	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	
疾病名					
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と内容等
変更の理由		

申請する 支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<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	

障害児支援利用計画を作成するため必要があるときは、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を、日田市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

負担上限額の算定・支給決定に必要な場合は、本人及びその世帯員の所得等や納付状況、年金受給額について関係機関に提供を求めることに同意します。

申請者氏名

印