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

逗子市長

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：		
	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、医療型児童発達支援（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
	□　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	
	□　居宅訪問型児童発達支援	
	□　保育所等訪問支援	