

浦安市障害児通所給付費支給決定変更申請書

(宛先)浦安市長
 次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	ふりがな		個人番号															
	氏名		生年月日															
	居住地	連絡先																
	ふりがな		個人番号															
通所給付決定に係る児童氏名			生年月日															
			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※			保険者名及び保険者番号※															

※ 「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に記入すること。

障がい福祉関係サービスの利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等：
変更の理由	

変更申請するサービス	サービスの種類	変更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又は個別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を、浦安市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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。

申請者氏名 _____