

第9号様式（第6条関係）

（介護給付費 特定障害者特別給付費 障害児通所給付費）
支給決定変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

（あて先） 日 野 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者 (保護者)	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													申請者との関係			
身体障害者 手帳番号		愛の手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名										
※肢体不自由児通所医療を 申請する方は記入		被保険者証の記号及び番号										保険者名及び番号				

現在の 利用状況	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
変更する内容		
変更日		

申請するサービス種別（該当欄にレを入れてください）

申 請 す る サ ー ビ ス 種 別	障害福祉サービス		申請に係る具体的内容	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護			
	<input type="checkbox"/> 同行援護			
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			
	<input type="checkbox"/> 行動援護			
	<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）			
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			
	障 害 児 通 所			
	<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				
主 治 医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
		電話番号		

