

第 9 号様式（日野市障害児通所支援及び障害児相談支援に係る児童福祉法施行細則第 6 条関係）

第 4 号様式（日野市児童発達支援事業所等利用支援事業実施要綱第 8 条関係）

**介護給付費等支給決定変更申請、利用者負担額減額・免除等変更申請
及び児童発達支援事業所等利用支援事業変更申請書**

(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 | | | | 年 月 日 | | |
| | 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 | | | | | 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 | |

| | | |
|-------------|------------------------|-----------------|
| 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 類 | 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"/> 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 | |

