

障害児通所給付費支給（変更）申請書

新規申請     継続申請     追加申請     変更申請

小田原市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	生年月日	申請年月日			
	氏名		昭和	年	月	日
	個人番号		平成	年	月	日
	居住地	〒	電話			
	フリガナ	生年月日	平成			
支給申請に係る児童氏名	個人番号		令和	年	月	日
身体障害者手帳番号	第 号	療育手帳番号	第 号	精神保健福祉手帳番号	第 号	
被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号				

※ 医療型児童発達支援の利用を申請する場合、支給申請に係る児童の加入する医療保険について記入してください。

サービス利用状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類・支給決定日数・事業所名等を記入してください。
申請（変更）する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容（希望日数・利用予定事業所名等）
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/月
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月
変更の理由	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月
	※支給量の変更の場合、支給量を変更することとなった具体的な理由を記入してください。	

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために、障害支援区分認定に係る調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、障害支援区分認定審査会における審査判定結果及び意見、医師意見書の全部又は一部並びに支給決定の内容について、小田原市福祉事務所から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者等の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※処理欄 以上のとおり申請があったため、別紙のとおり決定してよろしいか。

起案日	年 月 日	施行日	年 月 日	課長	副課長	係長	係長	係長	係員	担当
決裁日	年 月 日	送付日	年 月 日							

