

障害児通所給付費等支給変更申請書

年 月 日

（あて先）宇都宮市長

次のとおり障害児通所支援の種類の変更を申請します。

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		続柄			
児童の個人番号					
身体障がい者手帳番号		療育手帳番号		精神障がい者 保健福祉手帳 番号	
被保険者証の記号及び 番号（注）		保険者名及び 番号（注）			

（注）指定障害児通所支援事業者等から医療型児童発達支援のうち治療に係るものの利用を申請する場合、支給申請に係る障がい児の加入する医療保険について記入すること。

利用状況	サービス	障害児通所支援	種類と内容等		
変更の理由					
申請する通所支援の種類等	障害児通所給付費	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容			
		種類	<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"/> 保育所等訪問支援	
内容的	利用する事業所名： 支給量：				
申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者		<input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との			
氏名		関係			
住所	〒				
					電話番号