

障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

（宛先）港区長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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					
個人番号																	
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					
医療保険被保険者記号番号(※)												保険者名及び保険者番号(※)					

※「医療保険被保険者記号番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、児童発達支援（治療を行うものに限る。）を申請する場合に記入してください。

サービス利用の状況	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													
申請する支援	支援の種類							申請に係る具体的内容							
	☐ 児童発達支援（治療を行うものを除く。）														
	☐ 児童発達支援（治療を行うものに限る。）														
	☐ 放課後等デイサービス														
	☐ 居宅訪問型児童発達支援														
	☐ 保育所等訪問支援														