

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入
して下さい。

押印不要です。

個人番号(マイナンバー)を記入してく
ださい。

様式第2号の5(第3条の5関係)

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

利用者が18歳
未満の場合
「児童名」を記
入して下さい。

現に受けている給付決定事項を変更したいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	カナザワ タロウ	生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	金沢 太郎	個人番号:	1111111111111111
申請者	フリガナ	カナザワ イチロウ	生年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日
	支給申請に係る児童氏名	金沢 一郎	個人番号:	2222222222222222
居住地		〒920-0000 金沢市広坂1-1-1 アパート102号		電話番号 076(220)2289
身体障害者手帳等級		1 級	療育手帳等級	A (B)
精神障害者保健福祉手帳等級		2 級	疾病名	パーキンソン病
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)		

お持ちの手帳に応じて記入して下さい。

手帳をお持ちでない難病患者の方はこちらに疾病名を記入して下さい。

※医療型児童発達支援の利用を申請する場合は、支給申請に係る児童の加入する医療保険について

サービス状況等	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中の支援の種類と内容等 放課後等デイサービス
変更の理由		支給日数を増やしたいため
変更を申請する支援の種類	支援の種類	
	<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"/>	居宅訪問型児童発達支援
<input type="checkbox"/>	保育所等訪問支援	
		申請に係る具体的内容

支給内容を変更したいサービス横の□にチェック(☑)を入れて下さい。

