

児童発達通所給付費・児童発達相談支援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

波佐見町長 様

次のとおり申請し、町が必要と認める場合に限り、私と私の世帯の所得状況について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名	㊟		個人番号					
	居住地	〒 —		電話番号	— —				
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			続柄	生年月日	平成 令和	年	月	日
					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			
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)						
主治医(※)	主治医の氏名			医療機関名					
	所在地	〒 —		電話番号	— —				

※「被保険者証の記号及び番号」「保険者名及び保険者番号」欄及び「主治医」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

利用の状況	サービス 児童発達 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
変更の理由		

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<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	
<input type="checkbox"/> 児童発達相談支援（事業所名： _____ ）	<input type="checkbox"/> セルフプラン（申請者等が計画）	

児童発達支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、波佐見町から指定相談支援事業者、通所支援事業者、若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

㊟