

様式第3号（第4条関係）

塩尻市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

年 月 日

（あて先）塩尻市長

次のとおり、障害児通所給付費の支給変更を申請します。

|                           |      |      |       |       |
|---------------------------|------|------|-------|-------|
| 受給者証番号                    |      |      | 交付年月日 | 年 月 日 |
| 通所<br>給付<br>決定<br>保護<br>者 | フリガナ |      | 生年月日  | 年 月 日 |
|                           | 氏 名  | 個人番号 |       |       |
|                           | 住 所  |      | 電話番号  |       |
| フリガナ                      |      |      | 生年月日  | 年 月 日 |
| 支給決定に係る<br>児童の氏名          |      | 個人番号 | 続 柄   |       |

| 変更する事項              | 変更前 | 変更後 |
|---------------------|-----|-----|
| 通所支援の種類             |     |     |
| 支給量                 |     |     |
| 支給の有効期間             |     |     |
| 利用者負担上限<br>月額に関する事項 |     |     |
| その他                 |     |     |
| 変更の事由               |     |     |