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 |
| 通所給付決定保護者　 | 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 |  |  |
| 利用者負担上限月額に関する事項 |  |  |
| その他 |  |  |
| 変更の事由 |  |