

支給変更申請書

倉敷市長あて

申請年月日	令和 年 月 日
受給者証番号

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	氏名			年 月 日
	※対象者が18歳未満の場合は保護者		個人番号	
	居住地	〒 -	電話 () -	
満1 の8 歳 合未	フリガナ		生年月日	平成
	支給申請に係る 児童氏名			年 月 日
			個人番号	

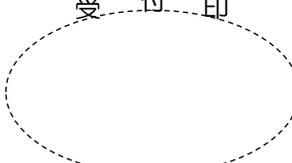
2. 変更を申請するサービスについて (変更するサービスのみ記入してください)

サービス名		希望時間・日数	具体的な内容・変更の理由等
訪問系	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間/月	(変更日: 月 日)
	<input type="checkbox"/> 家事援助	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間/月	
外出系	<input type="checkbox"/> 通院介助	時間/月	(変更日: 月 日)
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	回/月	
	<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 移動支援	時間/月	
日中活動系	<input type="checkbox"/> 生活介護	日/月	A型の場合⇒事業所名 ()
	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練・機能訓練・宿泊型)	日/月	
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型)	日/月	
	<input type="checkbox"/> 就労選択支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (日中型・医療型)	日/月	
	<input type="checkbox"/> // (タイムケア型)	日/月	
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム)		(変更日: 月 日)
	<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 地域移行支援型ホーム		
	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型		
	<input type="checkbox"/> 本入居 <input type="checkbox"/> 体験入居 (右欄に予定期間を記入してください)		
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		
福祉法 児童	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	(変更日: 月 日)
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月	(変更日: 月 日)
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月	
		/月	

※添付書類…倉敷市障がい福祉サービス受給者証

申請書提出	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)	
	フリガナ	申請者との関係
	氏名	
	居住地	〒 -
		電話 () -

受付印



受給者証の添付 有・無