

次のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日
受給者証番号	

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	氏 名		個人番号	年 月 日
	居住地	〒 倉敷市	電話 ()	—
満18歳未満の場合	フリガナ		生年月日	平成 令和
	支給申請に係る児童氏名		個人番号	年 月 日

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

申請書提出	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）	
	フリガナ 氏 名	申請者との関係
	居住地	〒 ー 電話（ ー ） ー

受 付 印

受給者証の添付	有・無
---------	-----