別記様式第１６号（第１３条関係）

１）

**障害児相談支援給付費支給（変更）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | |
| 新規・更新・変更 | |
|  | 受給者証番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |
| 申請者 | 名　　　　　前 | | | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 支給決定に係る障害児 | 名　　　　　前 | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | | | 生　年　月　日 | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | |  | | | 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 | | |  |  |
| 障害児支援利用計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | 事業所の所在地  　　　　電話番号 | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等　（事業所を変更する場合のみ記入してください。）  変更年月日 （　　　 年 月 日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 府中市長　様  上記の指定障害児相談支援事業所に障害児支援利用計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　申請者  住所  名前    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）

１　この届出書は、障害児支援利用計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに府中市へ提出してください。

２　障害児支援利用計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず府中市に提出してください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。