

障害児通所給付費 支給(変更)申請兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

☒ 新規申請    ☐ 更新申請    ☐ 変更申請    ※該当する申請へ「レ」点をつけてください。

(申請先)

横浜市長		(申請書記入者)		(利用者との関係)	
所名		電 話			
申請年月日		令和 8 年 月 日			
申請者	フリガナ	アオバ タロウ		性別	男
	氏 名	青葉 太郎		生 年 月 日	
利用者	フリガナ			性別	男・女
	氏 名	青葉 花子		生 年 月 日	0000年×月△日
住所(居住地)		〒2XX-XXXX 横浜市青葉区		電話番号	045-123-XXXX
住所(居住地)		申請者に同じ		電話番号	申請者に同じ
医療保険被保険者証		記 号	番 号	保険者番号	保険者名称
身体障害者		号	療育手帳番号	号	
精神保健福祉		号			

すでに受給者証をお持ちの方も  
初めて申請する方も  
新規申請に✓チェックしてください。

空欄にして下さい。

申請者は「生計中心者」を記入して下さい。

現在お持ちの受給者証の内容  
を記入して下さい。

費(障害児通所給付費・障害福祉サービス等)	サービス種類	支給量	支給期間
	例)児童発達 基本	10 日/月	令和 7年4月1日 ~ 令和 8年3月31日
	例)保育所等訪問支援事業	1 日/月	令和 7年4月1日 ~ 令和 8年3月31日
地域療育センターあおばでの計画作成は✓チェックし、地域療育センターあおばとご記入ください。あおば以外で計画相談を利用している方は事業所名をご記入ください。			

申請する支援の種類及び内容(変更理由)

☐ 障害児相談支援    ☒ 児童発達支援センター・児童発達支援事業    ☐ 居宅訪問型児童発達支援

☐ 保育所等訪問支援    所 をご利用の方は →✓チェックし、事業所名をご記入ください。    利用日数: 1 ・ 2 日/月    ○をつけてください

☐ 児童発達支援  
① 利用事業者: 例)地域療育センターあおば    利用曜日: 月・水・木・金・土・日    ( 4 月 1 日 ~ )  
② 利用事業者: 例)〇〇事業所あざみ野教室    利用曜日: 月・火・水・木・金・土・日    ( 4 月 1 日 ~ )  
③ 利用事業者:    利用曜日: 月・火・水・木・金・土・日    ( 月 日 ~ )

変更内容:

令和8年4月1日からの利用を申請するすべての  
事業所名(教室名)、利用曜日に○、利用開始日(4月1日)をご記入ください。

必ず申請者(生計中心者)と同じ氏名をご記入ください。  
記入者が異なる場合は捺印して下さい。

申請者署名欄

本人自署の場合、押印は不要です。

かかりつけ医をご記入いただくこともできます。その際には当該医療機関名、所在地、電話番号をご記入ください。  
**地域療育センターあおばの主治医(現時点での主治医)をご記入される場合には上記見本を参照してご記入ください。**