様式第9号(第6条関係)

|  |
| --- |
| (身体障害者　知的障害者　児童)支給量変更申請書国頭村長　様次のとおり申請します。 |
|  | 申請者 | 居宅受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | 年　　月　　日　 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 居住地 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 支給決定に係る児童氏名 |  |
| 性別 | 男・女 | 続柄 |  |
| サービス利用の状況 | 居宅サービス | 利用中のサービスの種類、内容等 |
| 施設サービス | 利用中の施設支援の種類、内容等 |
| 介護保険 | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援・要介護　1　2　3　4　5 |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 変更を申請する居宅支援の種類・内容 |  |
| 変更を申請する理由 |  |
|  |
| 届出者 | フリガナ |  | □代理人 | □代行者 |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　 |
|  |