日中一時支援利用変更・中止届

　年　　　月　　　日日中一時支援利用申請書

　西海市福祉事務所長　様

　障がい者等日中一時支援事業の利用決定に変更・中止する理由が生じましたので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者又は保護者 | ふりがな | 　　　　 | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | 印 | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒電話番号 |
| 対象児童 | ふりがな |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 変更内容（変更後） | １か月あたり　　　　　日 |
| 変　更中　止理　由 |  |
| 現在利用中の福祉サービス(介護保険を含む) | １　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　）２　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　）３　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　） |
| 備　　　考 |  |

注）１　備考欄には、事前に伝えておきたい事項を記入してください。

２　必要に応じ、医師の意見書等を提出いただくことがあります。