

障害福祉サービス・児童通所支援支給申請兼決定（一部）等取下げ書

大村市長様

平成 年 月 日

フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
支給決定障害 者（保護者）氏名	Ⓜ			
居 住 地	〒 電 話 番 号			
フリガナ		続柄		
支給決定に係る 障害児氏名	Ⓜ	生年 月日	昭和・平成	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等（本人） <input type="checkbox"/> 本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	〒 電 話 番 号		

《支給決定を取り下げるサービス》

- 居宅介護（身体介護・家事援助・通院介助） 重度訪問介護 行動援護 同行援護
- 短期入所 重度障害者等包括支援 療養介護 生活介護 施設入所支援
- 自立訓練（機能・生活訓練） 就労移行支援 就労継続支援（A型・B型）
- 共同生活援助 地域移行支援 地域定着支援 就労定着支援 自立生活援助
- 児童発達支援 医療型児童発達支援 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援
- 居宅訪問型児童発達支援 指定特定相談支援 障害児相談支援

《取下げ理由》