

障害福祉サービス・児童通所支援支給決定等取下げ書

大村市長様

平成 年 月 日

フリガナ		続柄	
届出書提出者 氏名	①	生年 月日	
住所	〒 電話番号		
取り下げ決定 通知送付先			

昭和

フリガナ		生年 月日	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	平成 年 月 日

《支給決定等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》