様式第4号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 移動支援事業変更(廃止)届　みなかみ町長　　　　様　下記の理由により変更(廃止)したいので、次のとおり届け出します。届出年月日　　　年　　月　　日 |
| 　 | 申請者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 居住地 | 〒　　　―電話番号　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 利用申請に係る児童氏名 | 　 |
| 続柄 | 　 |
| 身体障害者手帳番号 | 　 | 療育手帳番号 | 　 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 　 |
| 　 |
| 変更理由 | 　 |
| 　 |
| 変更するサービス内容 | 　 | 利用中のサービスの種類と内容等 | 障害程度区分認定 |
| 訪問系サービス | 　 | 有・無 |
| 非該当・区分　1　2　3　　　4　5　6 |
| 日中活動系サービス | 　 |
| 障害福祉サービスの月額負担上限 |
| 　 |
| 居住系サービス | 　 |
| 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 |
| 　 |