

取下げ書

福山市長様

年 月 日

次のサービスの受給又は申請について、取り下げます。

障害福祉サービス等 受給者証番号		障害児通所給付費 受給者証番号		地域相談支援給付費 受給者証番号	
ふりがな				生年 月日	年 月 日
支給決定障がい者 (保護者) 名前	Ⓜ ※ 自署又は記名押印してください。				
居 住 地	〒 -				電話番号
ふりがな				生年 月日	年 月 日
支給決定に係る 児 童 名 前					

取り下げるサービスに✓印をしてください。

給付区分	サ ー ビ ス 種 類	
介護給付	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 施設入所支援
訓練等給付	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助
相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援
児童通所支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援

取下げ理由	<input type="checkbox"/> 転出 (転出日 年 月 日) → 区分認定証明書送付先 <input type="checkbox"/> 旧住所 <input type="checkbox"/> 新住所 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他理由 (サービス利用最終日 年 月 日) []
転出先 新住所	〒 - 電話番号

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障がい者(保護者) 本人 <input type="checkbox"/> 支給決定障がい者(保護者) 本人以外(下の欄に記入)		
ふりがな			本人と の関係
名 前			
住 所	〒 - 電話番号		

福山市処理欄 (以下は、記入不要です。)

証 回 収	未回収	<input type="checkbox"/> 回収方法() <input type="checkbox"/> 個人で破棄	
	回収済	<input type="checkbox"/> 本庁窓口 <input type="checkbox"/> () 支所窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
		<input type="checkbox"/> その他()	

取 消	入力日	発送日	担当
	月 日	月 日	