障害福祉サービス・地域相談支援・計画相談支援・障害児通所支援・障害児相談支援

利用辞退届出書

熊本市長　（宛）

届出年月日　　　　　年　　　月　　　日

次のとおりサービス等の利用を辞退するので、給付費の支給を廃止するよう届出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 支給申請者氏名 |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒電話番号 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 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 |  |
| 難病患者に係る疾患名 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用を辞退するサービス等の名称 |  |
| 辞退理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 届出書提出者 | □届出者本人　　□届出者本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 届出者　との関係 |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 居住地 | 〒電話番号 |