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 | | |