視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算　対象児童届出書

京都市長 宛

提出先：発達相談課

第二児童福祉センター（発達相談部門）

届出日：　　　　　年　　　月　　　日

事業所名：

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の種別 | □　児童発達支援□　放課後等デイサービス　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供開始月 | 対象児童受給者証番号 | 対象児童氏名 | 障害種別 |
| 年　　月 |  |  | □視覚　　□聴覚□言語機能 |
| 年　　月 |  |  | □視覚　　□聴覚□言語機能 |
| 年　　月 |  |  | □視覚　　□聴覚□言語機能 |
| 年　　月 |  |  | □視覚　　□聴覚□言語機能 |
| 年　　月 |  |  | □視覚　　□聴覚□言語機能 |
| 年　　月 |  |  | □視覚　　□聴覚□言語機能 |

※　令和６年４月時点で、給付費の支給決定を受けている児童について提出してください。以降の支給決定は発達相談所において行います。