

障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

福智町長 黒土 孝司 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名	(印)				
	居住地	〒				
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	個人番号			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		疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)					保険者名及び番号(※)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
変更の理由						
申請する支援	支援の種類			申請に係る具体的内容		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援					
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援					
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス					
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援					
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援						

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		⑩	申請者との関係
住所	〒		
電話番号			