

**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**

筑後市福祉事務所長 宛て
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|------------------|-----------------------|--|
| 申 請 者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 居 住 地 | 〒 - （電話番号 ） | | | | |
| 支 給 申 請 に 係 る 児 童 氏 名 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 支給申請に係る 児 童 氏 名 | | | 続 柄 | | |
| 身体障害者 手帳番号 | 第 号 の 級 | 療育手帳 番 号 | 第 号 A1 A2 A3 B1 B2 | 精神障害者保健 福祉手帳番 | 第 号 級 | |
| 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、肢体不自由児通所医療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 |
| 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（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。） | |
| | <input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。） | |
| | <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 | | |

申請者氏名 _____

| | | | | |
|------------|--------|---------------|-------|--|
| 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 ※ 在園証明等が必要になります。 |
| | <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 | | 申請者との関係 | |
| 住所 | 〒 電話番号 | | |