

第27号様式（第14条及び第26条関係）

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	個人番号：				
	居住地	〒 -		(電話番号)		
フリガナ				生年月日	年 月 日	
支給申請に係る 児童 氏名		個人番号：		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	利用中のサービスの種類と内容等		
申請する支援	障害福祉 関係サービス		
	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(□自己負担減免措置 □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		