

**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<br>請<br>者     | フリガナ<br>-----  |  | 生年月日                                       | 年      月      日  |                               |  |
|                 | 氏      名   | 個人番号：  |  |                  |                               |  |
|                 | 居    住    地  | 〒      -                      （電話番号                      ） |  |                  |                               |  |
|                 | フリガナ<br>-----  |  | 生年月日                                       | 年      月      日  |                               |  |
|                 | 支給申請に係る<br>児   童   氏   名                             | 個人番号：  | 続      柄                                   |                  |                               |  |
| 身体障害者<br>手帳番号   | 第                      号<br>の                      級 | 療育手帳<br>番      号   | 第                      号<br>A1 A2 A3 B1 B2 | 精神障害者保健<br>福祉手帳番 | 第                      号<br>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<br>ー<br>ビ<br>ス<br>利<br>用<br>の<br>状<br>況 | 障   害   福   祉<br>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<br>請<br>す<br>る<br>支<br>援                | 支援の種類                                  |                 | 申請に係る具体的内容 |  |  |  |
|   | □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。）     |                 |            |  |  |  |
|   | □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。）     |                 |            |  |  |  |
|   | □放課後等デイサービス                            |                 |            |  |  |  |
|   | □居宅訪問型児童発達支援                           |                 |            |  |  |  |
|   | □保育所等訪問支援                              |                 |            |  |  |  |

申請者氏名 \_\_\_\_\_

|            |        |               |       |  |
|------------|--------|---------------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名 |               | 医療機関名 |  |
|            | 所在地    | 〒<br><br>電話番号 |       |  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 申請<br>する<br>減<br>免<br>の<br>種<br>類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者<br>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<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。)<br>1. 第2子に該当する者<br>2. 第3子以降に該当する者<br>※ 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<br>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。<br>※ 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     | 〒<br><br>電話番号   |         |  |