

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	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	申請に係る具体的な内容
	<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	<p><input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定</p> <p>下記の区分の適用を申請します。</p> <p>(あてはまるものに○をつける。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 <p>※ 在園証明等が必要になります。</p>
	<p><input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定</p> <p>下記の区分の適用を申請します。</p> <p>(あてはまるものに○をつける。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 <p>※ 在園証明等が必要になります。</p>
	<p><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</p> <p>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。</p> <p>※ 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。</p>

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