

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

赤磐市長 様
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		
	氏 名	⑩ 個人番号：			
	居 住 地	〒 電話番号			
フリガナ			生年月日		
支給申請に係る 児 童 氏 名		個人番号：			
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、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					
変更を申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容		
	☐ 児童発達支援				
	☐ 医療型児童発達支援				
	☐ 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				

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	☐ 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。 (当てはまるものに○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
	☐ 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。 (当てはまるものに○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。
	☐ 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	☐ 申請者本人 ☐ 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		