

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

茨城県常陸太田市福祉事務所長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 支給申請に係る障害児氏名 | | 続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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 | | |
| 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 | | |
| | <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 | | | |

| | | | | |
|------------|--------|---|-------|--|
| 主治医 (※) | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 | | |

| | |
|-----------|---|
| 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 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 | | |