

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

小山市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者(保護者)	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	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

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請するサービス	<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	〒		
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 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(保護者)本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)
--------	--

申請書提出者氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			