

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

記入例

田尻町長 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	明治 大正 昭和 平成 ○○年○月○日
	氏 名	保護者氏名 個人番号： マイナンバー		
	居 住 地	〒 保護者住所 電話番号 ○○○-○○○○		
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ	○○○ ○○○	生年月日	○○年○月○日
	個人番号： マイナンバー	続 柄	保護者との関係	
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
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 児童発達支援 ○○日/月 (※現在の支給日数を記入)
	変更の理由	変更の理由を記入
変更を申請する 支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input checked="" 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。）	○○日/月(※変更後の支給日数) 変更後に利用するサービスにチェック
	<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		

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、田尻町から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

保護者氏名

→裏面へ

主治医 (※)	主治医の氏名	記入不要	医療機関名	記入不要
	所在地	〒 記入不要 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 *不明の場合は、記入不要です
	<input type="checkbox"/> 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。 (あてはまるものに○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。 *不明の場合は、記入不要です
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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"/> 定率負担減免措置 <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。 *不明の場合は、記入不要です

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 checked="" 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		