

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

平戸市長 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	年 月 日	
	氏 名	④				
	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
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、医療型児童発達支援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	
	<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"/> 保育所等訪問支援		

(裏面)

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(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(□定率負担減免措置 □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	<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		④	申請者との関係
住所	〒 電話番号		