

障害児通所給付費支給変更申請書兼  
利用者負担額・免除等変更申請書

美馬市福祉事務所長 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              | 電話番号        |             |                   |  |
|                 | フリガナ               |             | 生年月日        | 年 月 日             |  |
|                 | 支給申請に係る<br>児 童 氏 名 | 個人番号：       | 続柄          |                   |  |
| 身体障害者<br>手帳番号   |                    | 療育手帳<br>番 号 |             | 精神障害者保健<br>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<br>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    | 〒<br><br>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設定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>（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。）<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者<br>3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者    |
|           | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>（あてはまるものに○をつける。）<br>1. 第2子に該当する者<br>2. 第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                                              |
|           | <input type="checkbox"/> 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<br>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。<br>※福祉事業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     | 〒<br><br>電話番号                                                           |         |  |