

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除変更申請書

八千代市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 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	
児支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	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
難病病名				
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」及び「保険者名及び番号」の欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。

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		

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(の変更)を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護等の世帯に属する者 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(所得割額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 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。) 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。
	<input type="checkbox"/> III 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。

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		