

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

千歳市福祉事務所長 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			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 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」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		
	☐ 児童発達支援				
	☐ 医療型児童発達支援				
	☐ 放課後等デイサービス				
	☐ 居宅訪問型児童発達支援				
	☐ 保育所等訪問支援				

(裏)

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	☐ 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します（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
	☐ 多子軽減措置に関する認定 次の区分の適用を申請します。 ☐ 第2子に該当する者 ☐ 第3子以降に該当する者 在園証明書が必要となります。
	☐ 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置及び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（ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 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	☐ 申請者本人 ☐ 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		