

(表面)

障がい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

泉大津市社会福祉事務所長 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
身体障がい者手帳番号	療育手帳番号		精神障がい者保健福祉手帳番号		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	利用中のサービスの種類と内容等		
	障がい福祉関係サービス		
変更の理由			
申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的な内容
	<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		

(裏面)

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在 地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費(旧法指定施設を除く。)を新規申請または主治医を変更する場合記入すること。

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 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。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)	
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(自己負担減免措置、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(□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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申 請 者 と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒	電話番号	

私は利用者負担の軽減・免除を決定するために必要な場合、泉大津市社会福祉事務所長が私及び私と同一世帯にある者の所得の状況について調査することに同意します。

氏 名 _____