

障害児通所給付費支給決定変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

大牟田市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

通所給付決定保護者	フリガナ											生年月日	年 月 日						
	氏名												年 月 日						
	個人番号																		
	居住地	〒										電話番号							
	フリガナ											生年月日	年 月 日						
	通所給付決定に係る児童氏名												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		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「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合のみ記入すること。

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"/> 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	〒		
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。 (当てはまるものに○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○をつける。) 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(自己負担減免措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※ 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"/> 通所給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者以外(下の欄に記入)		
氏名		通所給付決定保護者との関係	
住所	〒		
電話番号			