

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														
	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
	☐ 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	

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	☐ 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
	☐ 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。
	☐ 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	☐ 通所給付決定保護者 ☐ 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		