|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第7号 |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  |
|  |  |  |
| 日南町福祉事務所長　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 | 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 |  |
| 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。 |  |
|  | （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 |
| □ | 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。） |  |
| 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、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 |  |