

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

草加市長 あて  
次のとおり申請します。

保護者の氏名・生年月日・個人番号・住所・電話番号を記入してください。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	ソウカ イチロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	草加 一郎			個人番号：123456789123	
居住地	〒340-8550		草加市高砂1-1-1		お子様の氏名・生年月日・個人番号を記入してください。	
	電話・FAX番号048-922-△△△△					
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	ソウカ タロウ		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	草加 太郎		続柄	子		
身体障害者手帳番号	123456	療育手帳番号	789000	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記入してください。

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
		今回、申請される支援の他に、「生活サポート」「短期入所」等があれば記入してください。

変更の理由	支給量の変更を希望する具体的内容を記載してください。 *現在の児童の状況において、どのような療育が必要となったのか、医療機関や相談支援員との相談の経緯なども併せて記入してください。
-------	---

支援の種類	申請に係る具体的内容
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	利用を希望する日数を月単位で記入してください。  〇〇日→●●日
<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	

裏面もあります

主治医	主治医の氏名	埼玉 玉子	医療機関名	〇〇〇診療所
	所在地	〒 埼玉県草加市〇〇〇	受診している医療機関を記入してください。 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 次の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。)	該当する場合は記入してください。
	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 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置 □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してください。

申請書提出者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) 〒 申請者であればチェックのみ記入してください。 申請者以外の方が提出の場合は氏名、住所、関係を記入してください。		