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

申請年月日　　　　　　年 月 日

（あて先）八戸市長

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フ リ ガ ナ |  | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | ○印 |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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次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次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 | ( | ) |