

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	⑩								
	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					
	<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 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
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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	<input 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	〒 -		
電話番号 ()			