

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							
	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	利用中のサービスの種類と内容等		
	障害福祉関係サービス		
変更の理由			
変更を申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的な内容
	<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（□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	<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 ( )		