

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書君津市長 様
次のとおり申請します

保護者の氏名をご記入ください。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

申請者	フリガナ	キミツ タロウ	生年月日	令和〇年 〇月 〇日
	氏 名	君津 太郎	個人番号 : 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	マイナンバー (12桁) をご記入ください。
	居 住 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 君津市〇〇1丁目1番1号 電話番号 〇439-〇〇-〇〇〇〇		
	フリガナ	キミツ イチロウ	生年月日	平成〇年 〇月 〇日
	支給申請に係る 児 童 氏 名	君津 一郎	個人番号 : 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	サービスを利用する児童の氏名をご記入ください。
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番 号	千葉県第〇〇号	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 放課後等デイサービス 月10日
	変更の理由	サービスの利用に慣れ、利用日数を増やしたいため
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	放課後等デイサービス 月23日 申請するサービスにチェック☑を入れ、 申請したい内容をご記入ください。
	☐ 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

申請者(保護者)と提出者が異なる場合
にご記入ください。

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	君津 花子	申請者との関係	妻
住所	〒 申請者と同じ 電話番号		