

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

君津市保健福祉部長 様
次のおり申請します

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	0439-〇〇-〇〇〇〇
	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	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 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
-------	-------------------------

支援の種類	申請に係る具体的内容
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
<input checked="" 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 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
	<input type="checkbox"/> 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。
	<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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 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		