（様式第６号）

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。

申請年月日　　年　　月　　日

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		個人番号：	続　　柄	

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		

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□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 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに〇をつける。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。 （あてはまるものに〇をつける。） 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		