

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

嘉麻市長 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	明治 大正 昭和 平成	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	
	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、医療型児童発達支援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 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(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置 □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。

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
			1. 同一世帯 2. 法定代理人 3. その他	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
上記の者を代理人と認め、 障がい児通所支援の申請を委任します。			申請者	
			㊞	