

障害児通所給付費・特例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

（申請先）豊浦町長 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	年	月	日
	氏名	個人番号：		昭和・平成			
	居住地	〒 豊浦町字					
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
		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			※保険者名及び保険者番号		保険者名		
					保険者番号		

※「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に記入してください。

サービスの利用状況	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		
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"/> 保育所等訪問支援		

利用者負担額を決定するため、本人及び本人の属する世帯全員の写真基本台帳、町民祝賀祝賀台帳等を豊浦町長が閲覧することに同意します。

申請者氏名

印

※主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地			
電話番号				

※主治医の欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入してください。

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○を付してください。いずれも当てはまらない場合は空欄としてください。) 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 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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <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、事実関係が確認できる書類を添付して申請してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
氏名		申請者との関係	
住所			
電話番号			