様式第９号（第８条関係）

（表）

障害児通所給付費等支給変更申請書兼利用者負担減額・免除等変更申請書

那須塩原市長　様

次のとおり（通所受給者証・肢体不自由児通所医療受給者証）を添えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | 個人番号 | | |  | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 居住地 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | 個人番号 | | | |  | | |
| 支給申請に係る  児童氏名 | | | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 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に係る申請をする場合に記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害福祉関係サービスの利用状況 | | | 利用中のサービスの種類、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 | | | | | | | | | | |
| □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 | | | | | |
| □保育所等訪問支援 | | | | | |
| □居宅訪問型児童発達支援 | | | | | |
| （裏） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、主治の医師がある場合に記入すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する減免の種類 | □　Ⅰ　負担上限月額に関する認定  　　　　　次の区分の適用を申請します。  　　　 　 （あてはまるものに○を付ける。いずれにもあ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   次の区分の適用を申請します。  　　　　 （あてはまるものに○を付ける。）  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(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。  　　　　　※福祉事務所長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 | | |