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　　　　　　　　　　　　　　 |