

障害児通所給付費支給変更申請書

習志野市長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者(保護者)	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	氏名	個人番号:				
	居住地	〒 習志野市			電話番号 - -	
	フリガナ		生年月日	平成・令和 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記入すること。

サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等 <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 <input type="checkbox"/> その他(障害者総合支援法のサービス等) [ ]
-----------	---

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 負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○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。 (当てはまるものに○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 ※通園証明書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)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)の変更を申請します。 ※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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		