

# 記入例

(関係)

(表)

## 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

千葉県南房総市長 宛

提出する日付を記入してください。

申請者（保護者）の氏名、個人番号を記入してください。

申請年月日 令和元年 ○ 月 ○ 日

申請者	フリガナ	ナンソウ タロウ	生年月日	昭和55年 5月 5日			
	氏名	南総 太郎 個人番号：134215830936					
	居住地	〒294-8701 南房総市谷向100番地			電話番号	0470-36-1151	
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	ナンソウ イチロウ	生年月日	平成22年 2月 2日			
	氏名	南総 一郎 個人番号：142130936583	続柄	子			
身体障害者 手帳番号		療育手帳		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名	
被保険者	サービスを利用する児童の氏名、個人番号を記入してください。					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  放課後等デイサービス 10日/月	お手持ちの受給者証を確認しながら、利用しているサービス内容・変更理由・利用するサービスにチェック“✓”し、サービスごとに希望する支給量を記入してください。
変更の理由	利用頻度が増加したため、放課後等デイサービスの支給量を10日から15日に変更したい。		
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		15日/月
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		
	<input checked="" 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			

裏面にも記入箇所があります。

(裏)

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 checked="" type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記各条の適用を申請します。 (あてはまるものがある場合は、いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生 2. 市 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。

申請する場合は、□欄にチェック“✓”を記入してください。

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 checked="" 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		

申請者本人が提出された場合は氏名住所等の記入は必要ありません。  
申請者本人欄にチェック“✓”してください。  
申請者本人以外の方が提出された場合は氏名住所等記入してください。