

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

（宛先）北名古屋市福祉事務所長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	ふりがな		個人番号												
	氏 名														
			生年月日	年 月 日											
	居 住 地	〒 — 電話番号() —													
	ふりがな		個人番号												続 柄
	支給申請に係る 児 童 氏 名														
生年月日			年 月 日												
	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					
	被保険者証等記号・番号(※)							保険者名称及び保険者番号(※)							

※「被保険者証等記号・番号」欄及び「保険者名称及び保険者番号」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														
	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																

(裏)

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 ー 電話番号() ー		

申請する減免の種類	☐ 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。 (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
	☐ 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 ※ 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(自己負担減免措置、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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 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	☐ 申請者に同じ 〒 ー 電話番号 () ー		