

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

柏市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日															
	氏名		個人番号																
	居住地	〒																電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日															
	支給申請に係る 児童氏名		続柄																
			個人番号																
	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			疾病名											

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	
-------	--

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（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	<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

※ 主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> 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。 (あてはまるものに○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。 (あてはまるものに○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。
	<input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <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。

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