様式第１２号（第８条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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 | 　 |
| 　三郷市長　あて　次のとおり申請します。申請年月日　　　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 | 　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 |  | 疾病名 |  |
| 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 |
| □居宅訪問型児童発達支援 |
| □保育所等訪問支援 |
| 　　　　　 |

（裏面）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　□　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（※）に属する者　　　　　※　医療型児童発達支援を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。　　　　　①　申請者の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が８０万円以下のもの　　　　　②　①以外のもの　　　　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。（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　　　　　（注）　通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。　　　（注）　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 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　　 |