

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

年 月 日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

現に受けている給付決定事項を変更したいので、次のとおり申請します。

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 ()					
支給申請に係る児童氏名	フリガナ											生年月日	年 月 日				
	氏名	個人番号：														続柄	
	身体障害者手帳等級	級	療育手帳等級	A・B	精神障害者保健福祉手帳等級	級	疾病名										
被保険者証の記号及び番号(※)												保険者名及び番号(※)					

※医療型児童発達支援の利用を申請する場合は、支給申請に係る児童の加入する医療保険について記入してください。

サービス利用状況等の	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中の支援の種類と内容等
変更の理由		
変更を申請する支援の種類	支援の種類	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	申請に係る具体的内容
	<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	〒 ー		
電話番号 ()				

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（の変更）を申請します。 （該当するものに○を付けてください。いずれにも該当しない場合は、空欄としてください。）
	1 生活保護受給世帯に属する者 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。 （該当するものに○を付けてください。）
	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（定率負担減免措置、特例補足給付）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"/> 特例補足給付）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してください。

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）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 ー		
電話番号 ()			

備考 該当する□の中にレ印を付けてください。

※市記入欄

確認欄	番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他 ()	代理権確認	法定・委任状・本人発行
	本人確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証（国保・後期高齢・介護） ・ 学生証 ・ その他 ()		