様式第１０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

小野町長　様

　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 |  | | |
| 氏　名 | | ○印  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、肢体不自由児通所医療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 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。いずれにもあ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。  　　　　（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。 |
| □　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 | ○印 | 申請者との関係 |  |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | |