

様式第8号（第5条関係）

障害児通所給付費支給変更書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

由布市福祉事務所長 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	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：				
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					
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（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）					
	☐ 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。）					
	☐ 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					

申請者氏名 _____

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. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割 16 万円未満、障害児: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子に該当する者 ※在園証明等が必要になります。
	☐ 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	〒 電話番号		