

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

川西市長 様

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	昭和 平成 年 月 日				
	氏 名																
	個人番号																
	居 住 地	〒										固定電話： 携帯電話：					
	フリガナ											生 年 月 日	平・令 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		

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	
	□居宅訪問型児童発達支援	
	□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
	☐ 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		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		