

【 記 載 例 】

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

(宛先) 秋田市長

次のとおり申請します。

保護者氏名、生年月日、個人番号等をご記入ください

申請年月日 ●●年●●月●●日

申請者	フリガナ	アキタ タロウ		生年月日	●●年●●月●●日
	氏名	秋田 太郎		個人番号	●●●●●●●●●●●●●●
	居住地	〒●●●●-●●●● 秋田市●●-丁目1番1号		電話番号	018-●●●●-●●●●
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	アキタ イチロウ		生年月日	●●年●●月●●日
	氏名	秋田 一郎		個人番号	●●●●●●●●●●●●●●
身体障害者手帳番号	秋田市第●●号	療育手帳番号	秋田県第●●号	児童氏名、生年月日、個人番号等をご記入ください	
被保険者証の記号および番号(※)			保険者名および番号(※)		

※「被保険者証の記号および番号」欄および「保険者名および保険者番号」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
		変更の理由を具体的にご記入ください
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
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
<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		

障害児支援利用計画又は通所支援計画を保護者氏名をご記入ください。通所支援の利用に関する意向聴取の内容および医師意見書の全部又は一部を、秋田市から指定した相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 秋田 太郎

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	<input type="checkbox"/> 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。いずれか1つを○をつける。) 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28万円以下)	障害児通所支援を利用している同一世帯に、 ・保育所 ・幼稚園 ・認定こども園 ・特別支援学校幼稚部 ・情緒障害児短期治療施設 ・障害児通所支援を利用している児童がいる場合、該当する番号に○をしてください。
	<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。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 保育所等へ通園(就学児を除く)している兄(姉)がおり、対象児が第2子に該当する者 2. 保育所等へ通園(就学児を除く)している兄(姉)がおり、対象児が第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"/> II 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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	秋田 花子	申請者との関係	妻
住所	〒●●●●-●●●● 秋田市●●-丁目1番1号 電話番号 018-●●●●-●●●●		

申請者と提出者が異なる場合は、ご記入ください