様式第８号（第５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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 平戸市長　　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 | | (※) | | | | | | | | |  |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
| 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、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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | |  |
| □居宅訪問型児童発達支援 | | | | | | | | | | | |  |
|  | □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 | | |

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 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　生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置　□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 |  |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |

利用者負担額等算定のために必要があるときは、私及び私と同一世帯の者の課税状況、所得、収入、健康保険、所有する不動産、預貯金額等の状況について公簿又は個人番号により調査を行うことに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。