

障がい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

狛江市長 宛て

保護者様の氏名、生年月日、住所、電話番号をご記入ください。

児童福祉法第21条の5の8第1項の規定に基づき、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 氏名	こまえ たろう 狛江 太郎		生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日
	個人番号	〒 201-8585 狛江市和泉本町1-1-5			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ 氏名	こまえ はなこ 狛江 花子		生年月日	平成 △△年 △月 △日
	個人番号	続柄	長女		
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	東京都	精神障害者	病名	
123456					
被保険者等記号番号(※)		保険者名及び番号(※)			

マイナンバーのご記入をお願いします。

マイナンバーのご記入をお願いします。

現在、利用中のサービスがございましたらご記入ください。

※「被保険者等記号番号」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のみ記入すること。

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 月・水曜日・・・〇〇事業所 金曜日・・・△△事業所
変更の理由	△△事業所が毎週土曜日に行っている音楽療法に参加できるように調整が果たため、月5日の追加支給を希望。	
変更を申請する支援	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 checked="" 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		

様式第1号（第3条関係）（裏）

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 ー		
電話番号				

該当すると思われるものに○をしてください。

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。 （当てはまるものに○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. 生活保護受給世帯に属する者 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
	<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。 （当てはまるものに○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 ※ 在園証明等の書類が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 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（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <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 type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入すること。）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 ー		
電話番号			