障害児通所給付費支給変更申請書兼

（児第６号）

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 | 昭和年　　月　　日平成　　 |
| 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 |