児童発達通所給付費支給変更申請書兼

（様式第６号）

利用者負担額減額・免除等変更申請書

東彼杵町長　　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・平　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　個人番号： |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 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 |
| □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 |
|  |
|  | 　□　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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 申請者との関係 |  |
| 住　　　所 | 　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |