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 | | | | | |