

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

吹田市長 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				
	個人番号				
居住地	〒		電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
	個人番号				
	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、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		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援				
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援				
	<input 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					

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	<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。 (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
	<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。 (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。
	<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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		