

変更申請書の記入例

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 宛
次のとおり申請します。

申請年月日 令和●●年●●月●●日

申請者を提出する日、もしくは発送する日をご記入ください。

申請者	フリガナ	キニュー レイタロウ		生年月日	昭和▲▲年 ▲▲月 ▲▲日
	氏 名	記入 例太郎			
	居 住 地	〒 564-0072 吹田市出口町 19-2		電話番号	06-6384-****
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ	キニュー レイタ		生年月日	令和▼▼年 ▼▼月 ▼▼日
	氏 名	記入 例太		続 柄	子
	個人番号				
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号	第●●●●●号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名

申請者（保護者）の氏名、生年月日、居住地
（実際に住んでいる所の住所）、電話番号をご
記入ください。対象児童の氏名、生年月日、申請者との続柄、
お手持ちの手帳があれば番号をご記入くださ
い。

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
		短期入所を月5日利用中

障害福祉関係サービスをご利用中の場合は、内
容・支給の量を簡潔にご記入ください。

変更の理由		通所する事業所が増えるため
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（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものを除く。）	月に10日利用を15日に増加を希望
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものに限る。）	
	☒ 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		

申請するサービスのチェックボックスにチェッ
クし、変更の理由及び申請内容（主に希望する
支給の量）についてご記入ください。

変更申請書の記入例

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(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。

申請する減免の種類に該当するものがあれば、該当するチェックボックスにチェックし、該当する番号に○をしてください。
減免に該当するかどうかの事実を公募で確認できない場合は、確認できる証明書等を添付する必要があります。

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	記入 例美子	申請者との関係	配偶者
住所	〒 申請者と同じ 電話番号		

申請者以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。
申請者が申請書を提出する場合は「☐ 申請者本人」にチェックしてください。