

（表）

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

長泉町長 様

次のとおり申請します。

提出日を記入してください

押印してください

清年月日 令和7年4月1日

印字されている内容が正しいか
ご確認ください。

修正箇所がある場合は、二重線を
引き修正をお願いします

申	フリガナ	ナガイズミ タロウ		生年月日	平成 2 年 4 月 1 日	
		長泉 太郎	印	番号	000000000000	
		4 1 1 - 8 6 6 8		長泉町中土狩 8 2 8		
		電話番号		055 - 989 - 5512		
	フリガナ	ガイズミ ハナコ		生年月日	令和 5 年 4 月 1 日	
		長泉 花子		続 柄	子	
	個人番号	000000000000				
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号	静岡県 1111111 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(※)						

※「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、申請する場合に記入すること。

障がい者手帳をお持ちの方は
手帳番号をご記入ください。

現在利用しているサービスを
記入してください。

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
		児童発達支援 5 日／月
		保育所等訪問支援 1 日／月
変更の理由		

変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☒ 児童発達支援	利用したいサービスに ✓をつけてください。
	☐ 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	

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇先生	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 411 - 0942 長泉町中土狩 〇〇-〇〇 電話番号 055 - 989 - 〇〇〇〇		

申請する 減免の 種類	☐ I 負担上限月額に関する 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(2人以上が同時に通園する場合) 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。

申請書を提出する方の氏名等を記入してください。

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	長泉 太郎	申請者との関係	本人
住所	〒 同上 電話番号		