

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

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

提出日を記入してください

		申請年月日		令和 7 年 12 月 1 日												
申請者	フリガナ	ナガイズミ タロウ		平成 2 年 4 月 2 日												
	氏 名	長 泉 太 郎		個人番号	0	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	
	居 住 地	〒 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		ナガイズミ ハナコ		生年月日	令和 5 年 9 月 1 日											
支給申請に係る 児 童 氏 名		長 泉 花 子		個人番号	0	0	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号	静岡県 111111111 号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名											
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																
申請 する 支援	支援の種類		申請に係る具体的内容													
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。）		利用したいサービスに ✓をつけてください。													
	<input type="checkbox"/> 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。）															
	<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																

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、長泉町から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 長 泉 太 郎

申請者氏名の署名をお願いします。

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		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記入すること。

主治医がある場合は記入してください。

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(自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <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属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、事実関係を確認してください。

申請書提出者	<input checked="" 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	長泉 太郎	申請者との関係	本人
住所	〒 同上 電話番号		