

(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

浦添市福祉事務所長 殿

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			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
支給申請に係る 児 童 氏 名		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	

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				
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			
	☐ 医療型児童発達支援			
	☐ 放課後等デイサービス			
	☐ 保育所等訪問支援			

(裏)

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 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		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		