

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

(宛先) 松阪市福祉事務所長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名	個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日
	支給申請に係る 児童氏名	個人番号：	続柄	
	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、医療型児童発達支援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
申請する 支援	サービスの種類	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	申請に係る具体的内容 ※変更の場合はその理由を明記する
	<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	

情報提供・収入等の調査に関する同意

1. 障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するため必要があるときは、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、松阪市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供すること。
2. 当該申請に係る利用者負担額の認定等必要があるときは、私及び世帯員の収入、住民税の課税及び生活保護の受給状況等に関する調査を松阪市が行うこと。
3. 当該申請に係る児童の保育園等での様子について、松阪市が確認を行うこと。

上記(1・2・3)に同意のうえ、申請します。 申請者(保護者)氏名

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(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		