第９号様式 （第１０条関係）

児童通所給付費

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

大 和 市 長　あて

次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【１８歳以上の場合、本人の氏名を記入】 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続　　柄 |  |
| 身体障害者手帳の有無 | 有　・　無 | 療育手帳の 有 無 | 有　・　無 | 精神障害者保健福祉手帳の有無 | 有　・　無 | 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 |
|  |
| 変更の理由 |  |
| 変更を申請する支援 | 支援の種類 | 変更前 | 変更後 |
| * 児童発達支援
 | 　　　　　　　　　　日/月 | 　　　　　　　　　　日/月 |
| * 放課後等デイサービス
 | 　　　　　　　　　　日/月 | 　　　　　　　　　　日/月 |
| * 居宅訪問型児童発達支援
 | 　　　　　　　　　　日/月 | 　　　　　　　　　　日/月 |
| * 保育所等訪問支援
 | 　　　　　　　　　　日/月 | 　　　　　　　　　　日/月 |

|  |
| --- |
| □本人申請 |
| 　□個人番号確認 |
| 　□身元確認（□１点　□２点） |
| □代理人申請 |
| 　□代理権確認 |
| 　□利用者の個人番号確認 |
| 　□代理人の身元確認（□１点　□２点） |
| □補記 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起案日 | ・　　 ・ | 決　裁 | 担　当 | 係長/主幹 | 課　長 |
| 決裁日 | ・　　 ・ |  |  |  |
| 施行日 | ・　　 ・ |
| 送付日 | ・　　 ・ | 上記及び裏面のとおり申請がありましたので、別紙のとおり決定してよいでしょうか。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医氏名 |  |  | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 |  | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　（　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請する減免の種類 | 所得区分認定 | **□Ⅰ．負担上限月額に関する認定**下記の区分の適用（の変更）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に属する者であって、市町村民税所得割額の世帯合算額が２８万円未満のもの |
| 多子軽減措置 | **□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。 |
| 生活保護移行予防 | **□Ⅲ．生活保護への移行予防措置に関する認定**生活保護への移行予防措置（の変更）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　　　　　（　　　　　）□ 申請者と同じ住所 |