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 | | |