

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

今治市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日    〇〇年   〇〇月   〇〇日

申請者	フリガナ	イマバリ タロウ	生年月日	〇〇年   〇〇月   〇〇日			
	氏 名	今治 太郎 個人番号：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
	居 住 地	〒794-8511 今治市別宮町一丁目4番地1 電話番号（0898）36-1527					
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ	イマバリ イチロウ	生年月日	〇〇年   〇〇月   〇〇日			
	氏 名	今治 一郎 個人番号：	続 柄	子			
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号	愛媛県 福祉第〇〇〇号	精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名	
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、肢体不自由児通所医療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  児童発達支援（5日/月）	利用中のサービス種類と支給量などを記入してください。 また、支給量変更の理由を記入してください。
	変更の理由	療育の機会を増やしたいため。	
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	支給量変更 5日/月 → 10日/月	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		
		支給量変更を希望するサービスをチェックし、変更希望の利用日数などを【申請に係る具体的内容】欄へ記入してください。	

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 3. 市町
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減 下記の (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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の		
氏名	今治 花子	申請者との関係	妻
住所	〒794-8511 今治市別宮町一丁目4番地1  電話番号(0898)36-1527		

代理の方が提出する場合は、お名前などを記入してください。