

障がい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

藤沢市長
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			
	氏名			個人番号			
	居住地	〒 -		電話番号	- -		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			続柄			
	生年月日			個人番号			
	身体障がい者 手帳番号	療育手帳 番号	精神障がい者保健 福祉手帳番号	疾病名			
被保険者証の記号および番号(※)				保険者名および番号(※)			

※「被保険者証の記号および番号」欄および「保険者名および保険者番号」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	障がい福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等 (みどりいろ) (ももいろ) <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 障がい児相談支援 事業所名 ()
---------------	-----------------	---

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
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	変更前日数 月 ____ 日 変更後日数 月 ____ 日
	<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		

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 ※ 在園証明等が必要になります。
	<input type="checkbox"/> II 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(□自己負担減免措置 □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	<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		