

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																
(あて先)松江市長 次のとおり申請します。																
申請年月日 年 月 日																
申 請 者	フリガナ					生年月日	年 月 日									
	氏 名					個人番号										
	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						続 柄										
						個人番号										
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				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				申請に係る具体的内容											
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものを除く。）															
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものに限る。）															
	☐ 放課後等デイサービス															
	☐ 居宅訪問型児童発達支援															
☐ 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	☐ 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
	☐ 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。
	☐ 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(□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	☐ 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		

※申請に必要な様式第2号の提出者も上記と同一と取り扱います。