別記様式第１５号（第１７条関係）

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

　（宛先）和歌山市福祉事務所長（和歌山市保健所長）

次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | | |  | | | | 生年月日 | | 昭和  平成　　　年　　月　　日  令和  　　　歳 | | | |
| 氏名 | | | 個人番号： | | | |
| 居住地 | | | 〒６４　　－  電話番号　０７３（　　　） | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | |  | | | | 生年月日 | | 平成  令和　　　年　　月　　日  歳 | | | |
| 支給申請に係る児童氏名（１８歳未満） | | | | 個人番号： | | | |
| 続柄 | |  | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | 和歌山  第　　　号 | | | 療育  手帳  番号 | 和歌山  第　　　号 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | 和歌山  第　　　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、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 | 障害福祉関係サービス | 利用中のサービスの種類と内容等  　□居宅介護　 □同行援護　 □行動援護　 □短期入所　 □計画相談  　□移動支援　 □日中一時支援  　□児童発達支援　□医療型児童発達支援　　□放課後等デイサービス  　□保育所等訪問支援 | |
| 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 | |  |
| □医療型児童発達支援 | |
| □放課後等デイサービス | |
| □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。  　　　　　（当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は未記入とすること。）  　　　　　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。  　　　　　（当てはまるものに○を付ける。）  　　　　　１　第２子に該当する者  　　　　　２　第３子以降に該当する者  　　　　　※　通園証明書を添付すること。 |
| □　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を添付すること。 |

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 | □夫　 □妻　 □父　 □母  □事業所  □その他（　　　　　　　　） |
| 住所 | 〒６４　　－　　　　　　　　　　　　　　　□同上  電話番号　０７３（　　　） | | |