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（　　　）　　　　　 |