様式第７号（第７条関係）　　　　　　　　　　（表）

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

岸和田市福祉事務所長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | | | | |  | | | | | | | 生年  月日 | | 昭和・平成　 　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | |  | | | | | | |
| 居住地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | |  | | | | | | | 個人  番号 | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | | | |  | | | 続柄 | |  | | 生年  月日 | | 平成・令和　 　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給申請に係る  児童氏名 | | | | | |  | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 保育所等訪問支援 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 居宅訪問型児童発達支援 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容、医師意見書等の全部又は一部を、指定障害児相談支援事業者又は通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請に際し必要な場合は、私及び世帯員の市府民税課税台帳により確認することについて同意します。

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　世帯員氏名

-----------------------------------------【市記入欄】-----------------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 参事 | 担当長 | 担当員 |
|  |  |  |  |

審査の結果、変更が必要であると認められるため、

下記のとおり決定し、申請者へ通知してよろしいか。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定日 | 令和 　年 　月　 日 | 給付日数 | 日／月 | 重症心身障害 | | 有 ・ 無 |
| 支給開始日 | 令和 　年 　月　 日 | 支給終了日 | 令和 　年 　月　 日 | 無償化 | | 有 ・ 無 |
| 所得区分 | 生活保護・市民税非課税・市民税課税・市民税所得割28万円以上 | | | 多子軽減 | 無・2子・3子 | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給申請に係る児童と  同じ世帯の世帯員の氏名 |  | 個人  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。いずれにもあ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。（当てはまるものに○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  　　　　　※　在園証明書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 | | |