

様式第 8 号（第 9 条関係）（用紙 日本工業規格 A 4 縦型）

（表面）

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

年 月 日

伊豆の国市福祉事務所長 宛

次のとおり申請します。

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					
個人番号			続 柄		
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、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
変更の理由		
申請する 支援	支援の種類	
	☐ 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	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	
		申請に係る具体的内容

※「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」欄は療養介護を申請する場合に記入すること。

私は、この申請書に関する次の事項について同意します。

- (1) サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向の聴取の内容、審査会における審査判定結果・意見及び意見書の全部又は一部を、伊豆の国市から指定特定相談事業所、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、一般相談支援事業者その他関係機関に提示することに同意します。
- (2) 障害福祉サービス申請のため、受給資格の判定や自己負担額決定のため、私及び配偶者（障害児の場合は世帯全員）の所得状況の調査を、障害福祉担当課の職員が行うことに同意します。
- (3) 私の福祉サービスの向上を図る為、関係者及び関係機関と情報提供し合うことに同意します。

申請者氏名 _____

(裏面)

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 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(☐ 定率負担減免措置 ☐ 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		