

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

府中市福祉事務所長 様

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											個人番号										
	氏 名											生年月日										
	居 住 地	〒																				
												電話番号										
フリガナ												個人番号										
支給申請に係る 児 童 氏 名												生年月日										
												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		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																											
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。）										（申請する変更後のサービス内容を記入すること。）																	
	☐ 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																											

- 本申請に際し、次の事項について同意します。
- 1 決定に際して必要があるときは、申請者及びその属する世帯の所得に関する事項について、必要な書類を提出 すること並びに当該事項等を公簿で確認すること。
 - 2 多子軽減措置の適用を申請する場合、当該支給申請に係る障害児の兄又は姉の保育所等の在籍確認等について、必要な書類を提出すること並びに当該事項等を公簿で確認すること。
 - 3 障害児支援利用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及び医師意見書の全部又は一部を、府中市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人 に提示すること。

申請者氏名 _____

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

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。 ※ 在園証明書等が必要となります。 (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 当該障害児の兄又は姉の氏名及び通所(園)先施設名 ア 氏名: 通所(園)先: イ 氏名: 通所(園)先:
	☐ 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。ただし、府中市の公簿等で当該事実関係を
確認できる場合はこの限りでない。

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		