

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

浦安市長 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		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名	個人番号:		昭和 平成	
	居住地	〒			
		電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成・令和	年 月 日
	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	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、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	
-------	--

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

- 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、医師意見書の全部又は一部及び受給者証・支給決定内容を、浦安市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業所及び障害児入所施設の関係人に提示すること。
- 利用者負担上限額等の算定のため必要があるときは、私及び私の世帯の住民基本台帳や課税状況について、確認すること。
- 多子軽減措置等の認定のため必要があるときは、浦安市から支給決定に係る児童及び児童の兄又は姉の幼稚園等への通園（在園）状況について確認すること。
- 支給申請に係る児童が障害者手帳の交付を受けていない場合、浦安市から関係機関へ利用に係る意見及びその他必要な事項を照会すること。

以上のことについて同意します。 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				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定について、下記の区分の適用を申請します。 <b>※あてはまる1~3に○をつけてください。</b> <b>※第2子及び第3子の考え方は、就学後の兄弟姉妹は数えないとともに、対象となる通園(通所)先以外に通園する場合も数えないため、戸籍上の「第2子」、「第3子」とは異なる場合があります。</b> 1. 下記に通園する兄または姉がいない場合 (多子軽減措置の対象外となります) 2. 下記に通園する兄または姉が一人の場合 (多子軽減第2子となります) 3. 下記に通園する兄または姉が二人以上いる場合 (多子軽減第3子となります) <b>※ 多子軽減措置の対象となる通園(通所)先</b> ①幼稚園、特別支援学校の幼稚部、保育所、情緒障害児短期治療施設、認定こども園 ②障害児通所支援(児童発達支援、医療型児童発達支援、保育所等訪問支援) 注: 放課後等デイサービスは対象外。			
	世帯の児童氏名	生年月日(年齢)	通園(通所)先の名称	「①・②」に通園している場合に☑
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
<input type="checkbox"/> 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。 <b>※ 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。</b>				
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			

