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

	も)沼津市福祉事 マのとおり申請し									
					申請年	 月日	左	Ę	月	日
申請	フリガナ 氏 名	個人番号:		生年月日			年	月		日
者	居住地	₹				電話	番号			
 支	フリガナ 然申請に係る			生年月日		年	月	日		
	児 童 氏 名	個人番号:		続 柄						
	「障害者」 長番号	療育手帳 番 号		精神障害: 福祉手帕			疾病	名		
被	保険者等の記号及び	バ番号(※)				る及び番号(※)		•	
	被保険者等の記号がる場合記入すること		「保険者	首名及び保険	者番号	号」欄は、肢体	本不自由	児通凡	听医療	を申請
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(か 種類 と か							
	変更の理由									
	支援の				申請(こ係る具体的	勺内容			
で更を申請する支援 (財体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。) □児・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・										
児	記童福祉法に基づく	障害児通所給付	貴の支給	合決定に必要	要があ	るときは、私	は(申請	者)(の住身	土緑登5

児童福祉法に基づく障害児通所給付費の支給決定に必要があるときは、私 (申請者) の住民登録上の世帯員の閲覧並びに私 (申請者) 及び住民登録上の世帯員の住民税等の課税状況につき、沼津市福祉事務所長が税務当局等に証明(報告)を求めることに同意します。

	=+		_	_
罒	⋾≛	者	ш.	~
ж.	ā 🗆	10	1.4.	4

主	主治	医の	氏名		医療機関名	
治医 (※)	所	在	地	電話番号		

	□ 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。
	(あてはまるものに〇をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)
申	1. 生活保護受給世帯
· 請	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
す	
る	□ Ⅱ 多子軽減措置に関する認定
減	下記の区分の適用を申請します。
免	(あてはまるものに○をつける。)
兀	1. 第2子に該当する者
の	2. 第3子以降に該当する者
種	※ 在園証明等が必要となります。
類	
	□ 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(口自己負担減免措置 口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	口申請者本人 口申請者本人以外(下の欄に記入)
氏 名	申請者との関係
住所	電話番号