

浦安市障害児通所給付費支給決定変更申請書

(宛先)浦安市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申請者	ふりがな		個人番号													
	氏名		生年月日													
	居住地	連絡先														
	ふりがな		個人番号													
通所給付決定に係る児童氏名			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							
被保険者証の記号及び番号※			保険者名及び保険者番号※													

※ 「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に記入すること。

障がい福祉関係サービスの利用状況	利用中のサービスの種類と内容等：														
変更の理由															
変更申請するサービス	サービスの種類							変更申請に係る具体的内容							
	☐ 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														
障害児支援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、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、浦安市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。															
															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	☐ 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について、下記の区分の適用を申請します。 下記の世帯状況を記入してください。 □該当なし																								
	< 多子軽減措置の対象となる通園(通所)先 > 注意: 未就学児のみ 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)																								
	<table><tr><th>世帯の児童氏名 (扶養されている お子様全員の名前)</th><th>同居/別居 の有無(○)</th><th>生年月日(年齢)</th><th>上記①②に通園(通 所)している場合に ☒ ※未就学児のみ☒</th></tr><tr><td>< 例 > ○田 ○子</td><td>○同居 別居</td><td>H ⑩ 23 . 2 . 3 (5 歳)</td><td>☒</td></tr><tr><td></td><td>同居 別居</td><td>H R . . (歳)</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>同居 別居</td><td>H R . . (歳)</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>同居 別居</td><td>H R . . (歳)</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>同居 別居</td><td>H R . . (歳)</td><td>☐</td></tr></table>	世帯の児童氏名 (扶養されている お子様全員の名前)	同居/別居 の有無(○)	生年月日(年齢)	上記①②に通園(通 所)している場合に ☒ ※未就学児のみ ☒	< 例 > ○田 ○子	○同居 別居	H ⑩ 23 . 2 . 3 (5 歳)	☒		同居 別居	H R . . (歳)	☐		同居 別居	H R . . (歳)	☐		同居 別居	H R . . (歳)	☐		同居 別居	H R . . (歳)	☐
	世帯の児童氏名 (扶養されている お子様全員の名前)	同居/別居 の有無(○)	生年月日(年齢)	上記①②に通園(通 所)している場合に ☒ ※未就学児のみ ☒																					
	< 例 > ○田 ○子	○同居 別居	H ⑩ 23 . 2 . 3 (5 歳)	☒																					
	同居 別居	H R . . (歳)	☐																						
	同居 別居	H R . . (歳)	☐																						
	同居 別居	H R . . (歳)	☐																						
	同居 別居	H R . . (歳)	☐																						
☐ 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		