

様式第7号（第4条関係）

（表）

平成 年 月 日

北上市長 様

障害児通所給付費支給変更兼利用者負担額減額・免除変更申請書

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号： ⑩		
	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	

備考 「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	
	障害児通所 支援	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			

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地			

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 (当てはまるものに○をつける。) (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"/> 2 多子軽減措置に関する認定 (生計を一にしている者のうち、当てはまるものに○をつける。) 支給申請に係る児童が (1) 第2子に該当 (2) 第3子以降に該当
	<input type="checkbox"/> 3 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 (当てはまるものに○をつける。) (1) 定率負担減免措置 (2) 補足給付の特例措置

- 備考 1 事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
2 この申請書と一緒に、通所受給者証を提出すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		