様式第７号（第４条関係）

（表）

　年　　月　　日

北上市長　様

障害児通所給付費等支給変更申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　　　名 |  |  | 個人番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 居　住　地 | 〒電話番号　　　　-　　　　-　　　　 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  | 個人番号 |  |
| 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、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 |
| 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 |
| □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。) |  |
| □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 |

（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 | □　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 |
| □　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 |
| □　3　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　　　(当てはまるものに○をつける。)(1)　自己負担減免措置(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。