

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。