別記第5号様式の7(第5条の5関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |

　豊島区長

　次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 続柄 | | |  | | | |
| 個人番号 | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | 愛の手帳番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | | |  | | | 難病疾患名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（利用中の事業所名と、ひと月当たりの利用日数）  （例）○○事業所　●日/月　　合計●日/月 | |
| 変更の理由 | |  | |
| 変更を申請する支援 | 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。） | | ご利用される事業所名と、ひと月あたりの利用日数  （例）○○事業所　●日/月　　合計●日/月 |
| □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 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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○をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄にしてください。)  　　　　1．生活保護受給世帯  　　　　2．区市町村民税非課税世帯に属する者  　　　　3．区市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者※  　　　※「住宅借入金等特別税額控除(住宅ローン控除)」または「ふるさと納税税額控除」を受けた場合のみ記入してください  　　　　　　　　住宅ローン区市町村民税控除額　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　ふるさと納税税額控除額　　　　　　　　　　　　　円 |
| □　Ⅱ　多子軽減措置に関する認定  　　　　　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。)  　　　　1．第2子に該当する者  　　　　2．第3子以降に該当する者  　　　　※在園証明等が必要となります。 |
| □　Ⅲ　生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)に関する認定  　　　　　　生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)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(下欄に記入する必要はありません)　　□申請者本人以外 | | |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |