

様式第12号(第11条関係)

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

(宛先)富山市長
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		個人番号	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	居住地	〒 電話番号 - -		
支給申請に係る児童	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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※

※精神障害者保健福祉手帳の場合は、写しを添付すること。

利用の状況	サービス	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	
変更の理由				
変更年月日		令和 年 月 日		
変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容 (変更前) (変更後)		事務処理欄(市記入欄) ※変更後の加算など
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援			個 (<input type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅱ (重度)) 強 (<input type="checkbox"/> Ⅰ (20点以上)・ <input type="checkbox"/> Ⅱ (30点以上)) 食 (<input type="checkbox"/> 該当 (児童発達支援センター)) 重心 (<input type="checkbox"/>)・医ケア (<input type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅱ・ <input type="checkbox"/> Ⅲ) 人工内耳 (<input type="checkbox"/>) 視・聴・言 (<input type="checkbox"/> (視・聴・言語の重度)) ケアニーズ (<input type="checkbox"/> (保育所等訪問・重度))
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス			
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援			

(裏面あり)

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	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (該当するものに○を付けること。いずれにも該当し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
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置に関する認定を申請します。 ※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。

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 - -		