

記入例

(18歳未満用)

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。

個人番号(マイナンバー)を記入して
ください。

申請年月日 和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	フリガナ	トミヤマ ユキマサ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	富山 行政	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50年 1月 1日 <input type="checkbox"/> 令和
	居住地	〒930-8510 富山市新桜町7番38号	保護者の氏名を記入してください。	
電話番号 076-443-2279				
支給申請に係る児童	フリガナ	トミヤマ ツバキ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	富山 椿	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 20年 1月 1日 <input type="checkbox"/> 令和
身体障害者手帳番号	富山市〇〇〇〇号	療育手帳番号	富山県〇〇〇〇号	精神障害者保健福祉手帳番号※〇〇〇〇〇〇号

※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	障害福祉関係サービス		障害者手帳に記載の番号を記入してください。
-------	------------	--	-----------------------

変更の理由		申請日の翌月1日を記載してください。
-------	--	--------------------

変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的な内容 (変更前) (変更後)		(変更前) 現在の支給量を記入してください。 (変更後) 変更予定の支給量を記入して ください。 ※「-8日/月」とは、1か月の日数か ら8日引いた日数が利用できる支 給量のことです。 例:5月の場合(日数:31日) 31-8=23 ⇒利用できる日数は23日間 例:2月の場合(日数:28日) 28-8=20 ⇒利用できる日数は20日間
	□児童発達支援			
	□放課後等デイサービス	10日/月	-8日/月	
	□保育所等訪問支援			
	□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	○○病院
	所 在 地	〒999-9999 ○○市○○○○	定期的に通院されている病院があれば記入してください。	

申請する減免の種類	<input checked="" 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 申請書を提出される方の氏名を 記入してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(この欄に記入)		
氏 名	富山 花子	申請者との関係	妻
住 所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号		
	電話番号 076-443-2279		