

障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

（宛先） 枚方市福祉事務所長

申請日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	氏 名					
	個人番号					
	居住地			電話		
	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	支給申請に係る 児 童 氏 名					
	個人番号			続 柄		
	身体障害者手帳	級	療育手帳	A・B 1・B 2	精神障害者 保健福祉手帳	級
	被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		
	代筆者名		申請者との関係	理由		

※ 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入し、被保険者証の写しを添付してください。

障害福祉関係 サービスの利用状況	利用中のサービスの種類と内容等	
変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		
変更の理由		

■利用者負担上限月額の設定が必要な方は、以下も記入してください。

利用者負担上限月額の設定に当たり、住民登録資料、課税資料等を閲覧することに同意します。

（注）保護者とその世帯に属する方について記入してください。生活保護受給者については、生活保護の証明書を添付してください。

続柄	氏 名	個 人 番 号	生 年 月 日	担当課処理欄
本人			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()

■以下の申請をされる方は、□に(レ)を記入してください。

多子軽減措置 生活保護への移行防止措置

※多子軽減措置を申請される方は在園証明書等必要書類を、生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)を申請される方は福祉事務所が発行する境界層対象者証明書を添付してください。

※担当課記入欄(記入しないでください。)

一般2・一般1(児)・低・生保	有・無	年 月 日	円
-----------------	-----	-------	---

裏面も記入してください。

■主治医がいる場合は記入してください。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話		