

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															
	個人番号											続 柄				
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）〇〇事業所 ●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、ひと月当たりの利用日数 （例）〇〇事業所 ●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		