

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) 奈良市長  
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			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号：				
	居住地	〒				
	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		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)					保険者名及び番号(※)	

※「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、児童発達支援（児童福祉法第21条の5の29に規定する肢体不自由児通所医療に限る。）を申請する場合記入すること。

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				
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			
	<input type="checkbox"/> 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					

受給者番号

奈良市 処理欄	個サポI	強度	支給期間		モ頻・セ	モニタリング月	相談支援事業所
	有・無	有・無	R 年 月 日～			R 年 月～	
			R 年 月 日			R 年 月	
	障害手帳	医ケア	上限月額	複数児童	食事加算	多子軽減	夏季休暇
身・療・精		封入 有・無	有・無	有・無	第2子・第3子	7月・8月	
〔 〕					R 年 月 日		
					～R 年 月 日		

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 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援給付を受けている世帯 2. 市区町村民税非課税世帯に属する者 3. 市区町村民税課税世帯(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。 (当てはまるものに○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 ※ 通園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護又は中国残留邦人等支援給付への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護又は中国残留邦人等支援給付への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)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	<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		