（１８歳未満）

介護給付費・障害児通所給付費等支給変更申請書

（あて先）札幌市　　区保健福祉部長

次のとおり、介護給付費等の支給変更について申請します。　　年　　月　　日

申　請　者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	個人番号			
	住　所	〒 札幌市　　区 電話番号		
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		続　柄	
	個人番号			
身体障害者手帳	有・無	年　月　日交付 第　　号	障害程度：　種　級 障害種別：肢体・視覚・聴覚・言語・内部	
療育手帳	有・無	年　月　日交付 第　　号	障害程度：　A　・　B　・　B－	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	年　月　日交付 第　　号	障害程度：　１級　・　２級　・　３級	
難　病　等	疾患名：			
変更の理由				

届出者（※申請者と同一の場合は記入不要です。）

届　出　者	フリガナ		申請者との関係	□　代理人 □　代行人
	氏　名			
	住　所	〒 電話番号		

変更を申請する障害福祉サービス等の種類

介護給付費	□　居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）
	□　同行援護
	□　行動援護　　□　重度障害者等包括支援
	□　短期入所
	希望支給量
障害児通所給付費	□　児童発達支援　　□　医療型児童発達支援 ※治療を受ける場合は、健康保険証の写しを併せてご提出ください。 （被保険者証の記号及び番号　　保険者名及び番号　　）
	□　放課後等デイサービス　　□　保育所等訪問支援 □　居宅訪問型児童発達支援
	希望支給量
移動支援費	□　移動支援（□行動援護の支給決定要件を満たす場合、行動援護の支給申請とする。）
	希望支給量

（１８歳未満）

負担上限月額に関する認定（移動支援費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。	
所得区分	□１　生活保護（「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	□２　低所得（市町村民税非課税世帯） ※医療型児童発達支援を申請する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 □　低所得１（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が 80 万円以下の方） □　低所得２（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得１以外の方）
	□３　一般１（市町村民税所得割 28 万円未満） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 □　市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 □　寄附金税額控除を受けているので申告します。
	□４　一般２（市町村民税課税世帯（一般１に該当する方を除く。））
□　障害児通所支援の多子軽減措置の適用を下記区分により申請します。 □　第２子に該当する児童 □　第３子以降に該当する児童 【同意欄】同意する場合にチェックしてください。 □　多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	
□　生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。）。	

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医　師　氏　名		医療機関名称	
医療機関の所在地	電話番号		

サービスの利用状況（利用中のサービスの種類と内容等を記載してください。）

介護給付費	□　居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助） （　　） □　同行援護　（　　） □　行動援護　（　　） □　重度障害者等包括支援　（　　） □　短期入所　（　　）
障害児通所給付費	□　児童発達支援　（　　） □　放課後等デイサービス　（　　） □　保育所等訪問支援　（　　） □　医療型児童発達支援　（　　） □　居宅訪問型児童発達支援　（　　）
移動支援費	□　移動支援　（　　）
その他	利用中のサービスの種類と内容等

緊急時の連絡先

氏　　名		電話番号	
住　　所			