介護給付費等支給決定変更申請、利用者負担額減額・免除等変更申請 及び児童発達支援事業所等利用支援事業変更申請書

(あて先) 日 野 市 長

次のとおり申請します。			申	申請年月日 年		年	月	日	
申	フリガナ			生年月日					
者	氏 名			生年/	H P	年	.)	1	日
(保護者)	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			申請者		 の関係				
身体障害 手 帳 番		愛の手帳番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号			疾病名		
※肢体不	※ B 休 不 自 由 児 通 所 医 療					潘号		l	
現在の		礼 利用中のサー	ビスの種類と内容等						
利用状泡		· ·							
変更する内容									
変更日									
申請す	るサービス種	重別(該当欄に	レを入れてくだ	ごさい)					
申	障害福祉サービス					申請に係る	具体的	内容	
請	□居宅介護								
	□同行援護								
す	□重度障害者等包括支援								
る	□行動援護								
サ	□短期入所(ショートステイ)								
,	□施設入所支援								
		障害児通所							
ビ	□児童発達支	爱							
ス	□医療型児童	□医療型児童発達支援							
1=1-	□放課後等デイサービス								
種	□居宅訪問型児童発達支援								
類	□保育所等訪	育所等訪問支援							
主	主治医氏名			医療機関名					
治		Ŧ							
	所在地			電話番号					
医				C m m.c.					

全員記入して	□ 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。(所得区分に <u>あてはまるものに○をつける。</u>) 1. 生活保護受給世帯 2. 市民税非課税世帯(※)に属する者(低所得) 3. 市民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者 ※原則、「保護者」の属する住民基本台帳での世帯合算所得で判断します。
施設入所者のみ →該当しない方 は次へ	□II 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)入所のため、特定障害者特別給付費を申請します。
負担額見直しに より、生活保護 の受給対象者に ならない場合の み	□Ⅲ 生活保護への移行防止措置に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置、□補足給付の特例措置(施設入所者のみ申請可))を申請します。 ※生活保護申請の後、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。
	□IV 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。(<u>あてはまるものに○をつける。</u>) 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。
0~2歳の児童 のみ (3歳で国の無 償化対象外の児 童を含む)	□V 市独自助成に関する認定 日野市児童発達支援事業所等利用支援事業を申請します。
	判断した場合、市民税所管部署への照会や、金融機関に問い合わせる等必要な調査を行います。 実関係を確認できる書類を添付して申請してください。
や意 2 障定者は以 3 援 4 わ ままま支果指害の日業日請	申請後、支給決定に必要となる申請者及び申請者の属する世帯全員を対象に、市が保有する課税資料等保険サービス利用状況等を市障害福祉課職員が、本申請に必要な事項に限り、照会や閲覧することに同す。 た、障害児支援利用計画、サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要な場合に限り、援区分認定に係る認定調査や概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市審査会における審査判や意見、医師意見書の全部又は一部を、市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者、又児入所施設の関係人に提供することに同意します。 3、4については、上記Vの申請を行う者に限る野市児童発達支援事業所等利用支援事業による助成を受けるために必要があるときは、市が児童発達支所等から情報の提供を受けること及び市が児童発達支援事業者に情報を提示することに同意します。野市児童発達支援事業所等利用支援事業による助成金については、サービスを提供した事業者が私に代求及び受領することに同意します。ただし、サービスを提供した事業者に直接利用者負担額を支払った、領収書を添えて市に助成金を請求します。

申請書提出者	□申請者本人	□申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ				
氏 名			申請者 との関係	
住所			電話番号	

氏名

(生計中心者の署名又は記名押印してください)

年 月 日