

医療的ケア判定スコア 申請用

（表）

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除変更申請書

（宛先）大田区長
次のとおり申請します。

事務処理欄			
内容	判定スコア（ 点）、区分（ ）		
サービス	児発・放デイ		
有効期間			
R. 年 月 日～R. 年 月 日			
サポートI	有・無	支給量	日/月
備考		変更前	

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	郵便番号		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 (療育手帳) 番号		精神障害者 保健福祉手帳 番号		難病等 (特殊の疾病) の内容
	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「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合のみ記入すること。

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"/> 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							

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	郵便番号 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 次に掲げる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 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 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。

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	郵便番号 電話番号		

(事務処理欄)

	起案前			起案時	起案後
行程	受付	書類作成・仮封入	書類内容確認・封入物確認 ①	封入物確認 ②	糊付け・封入物確認 ③
日付	/	/	/	/	/
担当					