	障害児相談	所給付費支給 談支援給付費 ラン届出書				頁・免除等(変更 出書)申請				
	長 殿										
次のとおり目	申請します。					申請年月日	年	月	日		
申請者	フリガナ										
	氏名			生年月日		年	月	日			
		個人番号:									
	居住地	〒				電話番号					
71/7	h t					生年月日		年	月	B	
支給申記						土牛万口		+	Л	Н	
児 童 	氏 名	個人番号:		1		続柄					
身体障害者 手帳番号		療育手帳 手帳番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名					
利用の状況サービス		福 祉 ^ト ービス	□ 児童発 □ 児童発 □ 放課後 □ 居宅記	(日/月) 放課後等デイサービス (日/月) 居宅訪問型児童発達支援 (日/月)							
	サービスの種類及び具体的な内容										
申請するサービス	児童発 (肢体不 児童発 (肢体不	(変更の理	関由及び3	変更後の	支給量等	等)					
	□ 放課後										
	口 居宅訪問型児童発達支援 (日/月)										
	口 保育所等訪問支援 (日/月)										
						する意向聴取の内容 所施設の関係人に抗					

申請者氏名

利用予定障害児相談事業所の情報									
事業所名									
所在地		〒 電話番号							
主治医	主治医氏名								
	所在地		電話番号						
申請	下記 (あて 1. 生 2. 市	□ 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							
する減免の種類	□ 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(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)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。								
また、鎌倉市障	章害児通所支援等 見通所支援等利月	等利用者負担額即	除にかかる市民税課税状況等の研 助成を実施することに同意します を実施することに同意されないた	す。	チェックをしてく				
鎌倉市長	. 殿	申請者氏名							
申請書提出者		□ 申請者本人 □ 申請者本人以外(下の欄に記入)							
氏 名				申請者と	との関係				
住 所		電話番号							
□ 送付先は、表面記載の「申請者居住地」以外の、次の住所を指定します。									
送付先氏名			申請者との続柄						
住 所		₸	電話番号						