

特例による障害児通所給付費等利用者負担額減額・免除申請書

日南町福祉事務所 様

次のとおり障害児通所給付費等の利用者負担額の減額・免除を申請します。

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：	受給者証番号	
	居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日
給付決定に係る 児 童 氏 名		個人番号：	続 柄	
申 請 の 理 由		☐ 通所給付決定保護者又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその財産について著しい損害を受けたため		
		☐ 通所給付決定保護者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したため		
		☐ 通所給付決定保護者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したため		
		☐ 通所給付決定保護者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したため		

(注意) この申請書に通所受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

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		申 請 者 との 関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

町記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備考