

障害児通所給付費等利用者負担額減額・免除申請書

久留米市福祉事務所長 宛て

次のとおり障害児通所給付費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：		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給決定に係る障害児氏名		個人番号：		
申請の理由				

備考

- 1 この申請は、以下の場合に行うことができます。
 - (1) 災害により住宅等の損害があった場合
 - (2) 生計を主として維持する者の死亡や長期入院等により著しい収入減があった場合
 - (3) 事業の廃止等により生計を主として維持する者の著しい収入減があった場合
 - (4) 農作物の不作や不漁等により生計を主として維持する者の著しい収入減があった場合
- ※ (1) については、床上浸水に至らない水害を除く。(2)～(4)については、前年中の収入額に対する当該年中の収入額又は収入の見込額が2分の1以上減少すると認められるときに限る。
- 2 申請の理由は、1の事実について記入してください。
- 3 この申請書には、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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		

福祉事務所記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備考