

様式第1号（第4条関係）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
及び児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除申請書

大阪市 区保健福祉センター所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申 請 者	個人番号				生年月日	
	受給者証番号等					
	(フリガナ) 氏名					年 月 日
	住所					
	(フリガナ) 支給(給付)決定 に係る児童氏名			電話番号	続柄	生年月日 年 月 日
申請する 対象サービス等	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス等 <input type="checkbox"/> 障がい児通所給付 <input type="checkbox"/> 障がい児入所給付 <input type="checkbox"/> 補装具費 <input type="checkbox"/> 療養介護医療費 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療費 <input type="checkbox"/> 障がい児入所医療費 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費(更生医療)					
利用者負担 減額・免除 申請理由						

届 出 者	(フリガナ) 氏名			申請者 との関係	
	住所	電話番号			