

千葉県激変緩和措置費助成申請書

【 年 月分 】

(あて先) 千葉市長

年 月 日

次のとおり助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ			
支給決定障害者(保護者)氏名			
住所又は居住地	〒 - 電話番号 ()		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る障害児氏名			
請求額	円		
	該当月分の負担額の合計額 <input style="width: 80px;" type="text"/> 円 激変緩和後の負担上限月額 <input style="width: 80px;" type="text"/> 円		
	・ が より大きい場合： - = <input style="width: 80px;" type="text"/> 円 (請求額) ・ と が同じ場合： - = 0 円 助成額が0円のため、請求は不要です。 ・ が より小さい場合： - = <input style="width: 80px;" type="text"/> 円 該当月分の領収書の合計額が激変緩和後の負担上限月額を下回っているため、請求できません。		

申請書提出者	支給決定障害者等 (本人)	本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		本人と	
氏名		の	
		関係	
住所	〒 - 電話番号 ()		

この申請書に該当月分の領収書の写し及びサービス提供証明書を添付してください。
 請求額は、該当月分の負担額の合計額から、激変緩和後の負担上限月額を控除した額を記入してください。