

# 記入見本

## 児童通所給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

大和市長 あて

本人氏名等を記入してください。

黒塗り部分をご記入の上相談支援事業所  
またはすくすく子育て課にお持ちください。  
裏面に署名してください。

申請者	フリガナ	ヤマト コタロウ		生年月日	平成23年 12月 7日			
	氏名	大和 子太郎			個人番号	[18歳以上の場合、本人の氏名を記入]		
	居住地	〒242-0001 大和市鶴間1-31-7				電話番号	046 (260) 5673	
フリガナ			生年月日	年 月 日				
支給申請に係る児童氏名	個人番号		続柄					
身体障害者手帳の有無	有・無	療育手帳の有無	有・無	精神障害者保健福祉手帳の有無	有・無	疾病名		
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)				

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

利用の状況	サービス	利用中のサービスの種類と内容等					
申請するサービス	障害福祉関係サービス	記入見本なので、別添申請書にご記入願います。					
	支援の種類	申請に係る具体的な内容					
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	_____日/月					
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	「児童支援利用計画案」「サービス等利用計画案」のある方は、計画案の内容を記入してください。					
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	_____日/月					
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	_____日/月					
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	_____日/月						

区分	新規・更新	有効期間( 年 月 日 ~ 年 月 日)			
起案日	・	決裁	担当	係長/主幹	課長
決裁日	・		上記及び裏面のとおりに申請がありましたので、別紙のとおり決定してよいでしょうか。		
施行日	・				
送付日	・				

<input type="checkbox"/> 本人申請
<input type="checkbox"/> 個人番号確認
<input type="checkbox"/> 身元確認 (□1点 □2点)
<input type="checkbox"/> 代理人申請
<input type="checkbox"/> 代理権確認
<input type="checkbox"/> 利用者の個人番号確認
<input type="checkbox"/> 代理人の身元確認 (□1点 □2点)
<input type="checkbox"/> 補記

主治医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号 ( )		

申請する減免の種類	所得区分認定	<input type="checkbox"/> <b>I. 負担上限月額に関する認定</b> 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に属する者であって、市町村民税所得割額の世帯合算額が28万円未満のもの
	多子軽減措置	<input type="checkbox"/> <b>II. 多子軽減措置に関する認定</b> 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。
	移住生活保護	<input type="checkbox"/> <b>III. 生活保護への移行予防措置に関する認定</b>  生活保護への移行予防措置を申請します。  ※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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

**【同意欄】**

(1) 児童支援利用計画又は通所支援計画等を作成するために必要があるときは、通所支援計画の作成に同意し、通所支援計画の内容及び医師意見書の全部又は一部、通所受給者証を、大和市から指定された支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に情報提供することに同意します。

(2) 当該支給申請に伴う支給の決定にあたり、私及び私と同一の世帯に属する家族の個人情報収集することを承諾します。

申請者氏名: 大和 子太郎

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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号 ( )		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所		