第１号様式 （第３条関係）

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

次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　令和　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| 【１８歳以上の場合、本人の氏名を記入】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | 〒  電話番号　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |
| サービス  利用の状況 | 障 害 福 祉  関係サービス | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する支援 | 支援の種類 | | | | | | | | | | | | | 申請に係る具体的な内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 児童発達支援 | | | | | | | | | | | | | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 放課後等デイサービス | | | | | | | | | | | | | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 居宅訪問型児童発達支援 | | | | | | | | | | | | | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 保育所等訪問支援 | | | | | | | | | | | | | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| □本人申請 |
| □個人番号確認 |
| □身元確認（□１点　□２点） |
| □代理人申請 |
| □代理権確認 |
| □利用者の個人番号確認 |
| □代理人の身元確認（□１点　□２点） |
| □補記 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ・　　 ・ |  |  |  |
| 施行日 | ・　　 ・ |
| 送付日 | ・　　 ・ | 上記及び裏面のとおり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。 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | **□Ⅰ．負担上限月額に関する認定**  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 | **□Ⅱ．多子軽減措置に関する認定**  　 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。 |
| 生活保護 移行予防 | **□Ⅲ．生活保護への移行予防措置に関する認定**  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、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部、通所受給者証を、大和市から指定障害児相談支援事業者、通所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に係る住民票、税情報等の関係情報を収集することを承諾します。  **申請者氏名：** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□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　　　　　（　　　　　）  □ 申請者と同じ住所 | | |