

# 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  
次のとおり申請します。

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 シンタロウ			生年月日	昭和45年 6月18日			
	氏名	大和 親太郎				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	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	ヤマト コタロウ			生年月日	平成23年12月7日			
		大和 子太郎			続柄	子			
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、児童発達支援において治療を受ける場合記入すること。

利用サービスの状況	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	
申請するサービス	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"/> 放課後等デイサービス	_____ 5 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
決裁日	・			
施行日	・			
送付日	・		上記及び裏面のとおりに申請がありましたので、別紙のとおりに決定してよいでしょうか。	

- 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

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"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。
	移住生活保護	<input type="checkbox"/> 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かつ適切な情報を収集し、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、大和福祉センター又は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より、児童の福祉の向上を図ることを目的として、児童の個人情報等の関係情報を収集することを承諾します。

(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等の関係情報を収集することを承諾します。

申請者氏名: 大和 親太郎

表面の申請者と同じ方の署名を  
忘れずにお願いいたします。

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		