

障害児通所給付費

支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書

記入見本

大和市長 あて

次のことに同意します。

・障害児支援利用計画又は通所支援計画等を作成するためには必要があるときは、サービス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、通所受給者証の内容を、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。

・障害児通所給付費支給にかかる支給決定及び利用者負担の確認にあたり、市が利用者本人及び世帯員の個人番号、所得状況及び課税情報等を関係機関に調査・確認し、収集すること。

申請者署名 **大和 子太郎**

次のとおり申請します。

申請者の署名・氏名欄は、
ご本人のお名前をご記入ください。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	ヤマト コタロウ		生年月日	H20年 4 月 22 日	
	氏名	大和 子太郎			個人番号	
	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	氏名		生年月日	年 月 日	
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
利用のサービス	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	「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。				
	☐ 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				

区分	新規・更新	有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)			☐ 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	
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、別紙のとおりに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 ()		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する減免の種類	所得区分認定多子軽減措置	☐ 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28万円未満の者
	移生	☐ II. 未就学児の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. 利用児童が第2子に該当する者 2. 利用児童が第3子以降に該当する者 ※在園証明等が必要になる場合があります。
	行活予保防護	☐ 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いただく場合があります。

申請書提出者氏名住所	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
		申請者との関係	
	〒 電話番号 ()		
☐ 申請者と同じ住所			