

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

**記載例**

阿見町長 様

年 月 日

次のとおり申請します。

**申請者欄は保護者の氏名・個人番号を記載**

(児童の保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号:		
	居住地	〒		
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	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
被保険者記号・番号(※)		保険者名及び番号(※)		

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

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(障害児通所給付費, 障害児入所給付費及び介護給付費等)の種類と内容等
-----------	------------	---

各種障害者手帳の写しを添付して下さい。手帳をお持ちでない場合には、医師の診断書等の添付が必要です。

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
<input type="checkbox"/>	児童発達支援	現在利用しているサービスと同じ内容で更新を希望する場合には、「変更なし」と記入して下さい。サービスの変更や、支給量の変更を希望する場合には、別途手続きが必要となります。社会福祉課に事前にご相談下さい。
<input type="checkbox"/>	医療型児童発達支援	
<input type="checkbox"/>	放課後等デイサービス	
<input type="checkbox"/>	保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、及び医師意見書の全部又は一部を、阿見町から指定障害児相談支援事業者、人に提示することに同意します。

未就学児…児童発達支援  
就学児…放課後等デイサービス

申請者氏名

内容関係

主治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請 する 減 免 の 種 類	<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。 (当てはまるものに○を付ける。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(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)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。

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

申請者本人が申請書を提出する場合にチェックして下さい。

申請者本人以外が申請書を提出する場合にチェックして下さい。申請書の提出をする方の氏名・住所・連絡先を下の欄に記入して下さい。