

障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除

記入例

中山町長 様

提出日をご記入ください。

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 | ナカヤマ フクシ | | 明治 大正 昭和 平成 令和 | |
| | 氏 名 | 中山 福祉 ←保護者氏名 | | 平日の日中に連絡のとれる番号をお願いします。 | |
| | 居 住 地 | 〒〇〇〇-×××× 〇〇町×××1234 番地 56 △アパート 78 号 | | 電話番号 〇〇〇-××××-△△△△ | |
| | フリガナ | ナカヤマ タロウ | | 生年月日 | 平成 〇〇年××月△△日 |
| | 支給申請に係る 児 童 氏 名 | 中山 太 郎 | | 続 柄 | 子 |
| | 個人番号 | 個人番号：空欄可 | | | |
| | 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、肢体不自由児通所医療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 | |
| | 申請に係る具体的内容 | |
| | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 | |
| | <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"/> 居宅訪問型児童発達支援 | |
| <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | | |

申請するサービスにチェックをつけてください。

具体的内容には、以下の内容を御記入ください。
1. 利用を開始したい日付
2. 1週間で何日利用したいか

障害児支援利用計画を作成するためには必要があるときは、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を、中山町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提示することに同意します。

申請者氏名 中山 福祉 ←保護者氏名

| | | | | |
|------------|--------|---|-------|--|
| 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 (全員) 区分の適用を申請します。 (該当するものに○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 (所得割 28 万円未満) に属する者 |
| | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 (該当するものに○をつける。) (ご兄弟が障害福祉サービスを利用されている方) 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。 |
| | <input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置 (自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <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してください。

※ 障害児通所給付費等の支給決定にあたり、申請者本人及び世帯員の所得状況等を確認することについて同意します。

| | | | |
|--------|--|---------|--|
| 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 | | | |

代理での申請の場合は、内容についてご連絡する事がございますので、平日の日中に連絡のとれる電話番号まで必ずご記入ください。