

(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

稲美町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申 請 者	フリガナ		生年月日		
	氏 名	(印)			
	居住地	〒			
フリガナ			生年月日		
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	
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、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"/> 保育所等訪問支援	

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。 (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(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 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。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担軽減措置、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"/> 定率負担軽減措置 <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			