

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

田 辺 市 長 あて

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	昭和・平成		
	氏名	個人番号：			年	月	日 歳
	居住地	〒 田辺市		電話番号			
	フリガナ			生年月日	平成・令和		
	支給申請に係る児童氏名	個人番号：		続柄	年 月 日 歳		
					□子 □その他 ()		
	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に記入。

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 <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
-----------	------------	---

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	<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	

■障害児通所給付費の支給の申請・決定・利用及び利用者負担額の算定・決定に当たって、私及び私の属する世帯（以下、世帯）に関する住民基本台帳、世帯の課税状況等、特別障害者手当等の受給状況、生活保護受給の有無を田辺市が各関係機関に照会し、確認することについて**同意いたします。またこのことについて、世帯の承諾を得ています。**

「世帯」…18歳以上の障害者(施設入所者除く)は、本人及び配偶者。18歳未満の障害児(施設入所の18～19歳を含む)は、障害児の保護者が属する世帯全員。

■障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、医師意見書の全部又は一部を田辺市が指定特定相談支援事業者、指定通所支援事業者、障害児入所施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに**同意いたします。**

申請者氏名

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 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(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(□自己負担減免措置 □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(下欄に記入。別に委任状又は本人の身体障害者手帳等の写しが必要。)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 — 電話番号 — — 田辺市		