

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

記入例

（あて先） 白井市長
次のとおり申請します。

様
太枠内記入してください

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	現在の支給決定者さま(世帯主) 印			
	確認事項	所得状況について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。			
	居住地	〒270-〇〇〇〇 白井市〇〇〇〇-〇〇 電話番号 日中繋がりがやすい番号			
	フリガナ			生年月日	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日
	支給申請に係る児童氏名	通所する児童のお名前		続柄	子
	個人番号	マイナンバー12桁			
	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	利用中のサービスの種類と内容等
障害福祉関係サービス	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 障害者手帳をお持ちならご記入ください </div>

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	該当サービスにチェック ※就学前:児童発達支援 ※就学後:放課後等デイサービス

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意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、白井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提示することに同意します。

申請者氏名	印
-------	---

上記に記入した申請者の指名してください
※現在の支給決定者さま(世帯主)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 ※定期的に通院してる場合はご記入ください ※わからなければ空欄でもかまいません		
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. 2. 3.	
	<input type="checkbox"/> II 多子 下記 (あ 1. 2. ※	※記入しないでください
<input type="checkbox"/> III 生活	定	
生活保護の移行受給者、生活保護受給者、児童福祉法の特例受給者等を申請します。 ※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。

太枠内、記入してください(申請者本人ならチェックのみ)

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	印	申請者との関係
住所	〒	
電話番号		