

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

年 月 日

府中市福祉事務所長

障害児通所給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	フチュウ タロウ	生年月日											
	氏 名	府中 太郎	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	居 住 地	〒 183-0022 府中市宮西町2-24 電話番号 042-364-4111												
	フリガナ	フチュウ ハナコ	生年月日								続柄	子		
	支給申請に係る 障 害 児 氏 名	府中 花子	個人番号	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
身体障害者 手帳等級	級	愛の手帳 等級	度	精神障害者 保健福祉 手帳等級	級	難 病 疾 病 名								

サービス利用の 状況	障害福祉サービス・障 害児通所受給者証番号	111000△△△△	
	障害福祉関係サービス	現在利用しているサービスが あれば、受給者証番号、 サービス名称、支給量を記入	
申請する 支援	支援の種類		申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援		〇〇〇施設 △日/月 ← 通所する施設名と 1月あたりの利用 日数を記入
	☐ 医療型児童発達支援 ※下段も記入してください。		
	☐ 放課後等デイサービス		
	☐ 保育所等訪問支援		
医療型児童発達支援を利用する場合 障害児の被保険証の内容		被保険者証の記号及び番号	※医療型児童発達支援を 利用する場合のみ記入
		保 険 者 名 及 び 番 号	

本申請に際し、次の事項について同意します。

- 1 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、医師意見書等の全部又は一部を、府中市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者等の関係人に提示すること。
- 2 本申請の決定に際して必要があるときは、申請者及びその属する世帯の所得に関する事項について、必要な書類を提出すること並びに当該事項等を府中市が公簿で確認すること。
- 3 多子軽減措置の適用を申請する場合、当該支給申請に係る障害児の兄又は姉の保育所等の在籍確認等について、必要な書類を提出すること並びに当該事項等を府中市が公簿で確認すること。

申請者氏名 府中 太郎

同意文を確認のうえ、上記「申請者」に記入した保護者の氏名を記入。

裏面有

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	☐ 1 負担上限月額に関する認定 次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) 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	未就学の児童が障害児通所を利用し、その兄または姉が保育所等に通所している場合、多子軽減措置を申請できます。
	☐ 2 多子軽減措置に関する認定 次の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○を付ける。）	どちらか該当に丸をする
	(1) 第2子に該当する者（兄又は姉1人が保育所等に在籍している。） (2) 第3子以降に該当する者（兄又は姉2人以上が保育所等に在籍している。）	保育所等に通所している障害児の兄または姉について、氏名と通所している保育所等の名称を記入

当該障害児の兄又は姉の氏名及び通所（園）先施設名

フリガナ
ア 氏名： 府中 一朗 通所（園）先： ○○保育所

フリガナ
イ 氏名： 通所（園）先：

フリガナ
ウ 氏名： 通所（園）先：

※ 認可外保育施設を利用している児童は、算定の対象外となります。

※ 表面の同意文に同意がない場合は、兄又は姉の在園証明等が必要となります。

☐ 3 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置又は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（☐定率負担減免措置 ☐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。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（次の欄に記入してください。）		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 電話番号		

表面の「申請者」以外の方が届出を行う場合は、届出をする方の内容を記入