

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

府中市福祉事務所長 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		個人番号												
	氏 名		生年月日												
	居 住 地	〒													
		電話番号													
フリガナ				個人番号											
支給申請に係る 児 童 氏 名				生年月日											
				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				疾病名					

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	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）		（申請する支給量及び利用する事業所名を記入すること。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）			
	☐ 放課後等デイサービス			
	☐ 居宅訪問型児童発達支援			
	☐ 保育所等訪問支援			

本申請に際し、次の事項について同意します。

- 1 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公簿で確認すること。
- 2 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公簿で確認すること。
- 3 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、府中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。

申請者氏名 _____

