

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

津山市長 殿 次のとおり申請します。		申請年月日	平成 年 月 日		
		申請種別	新規・更新・変更		
申請者	フリガナ	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名				
	居住地	〒 電話番号			
フリガナ		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日
支給申請に係る 児童氏名				続柄	
個人番号：別紙 有 ・ 無					
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
変更の理由 (変更申請の場合のみ記入)		
申請する支援	支援の種類	
	<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		申請に係る具体的内容

この申請につき、

- 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、津山市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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。
- ② 児童福祉法に係る利用者負担額の減額、免除等の決定を受けるために貴職が必要と認める場合は、私の世帯に関する事項(住民税課税の有無、必要経費等)について、貴職の公簿を確認すること及び貴職が各関係機関に照会し情報の提供を受けることに同意します。

申請者氏名 _____ (印)

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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 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子に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置)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)を申請します。 ※ 社会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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる 〒 電話番号		

様式第 1 号 (第 5 条関係)

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 (別紙)

申請年月日	平成 年 月 日
申請種別	新規・更新・変更

申請者	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	居住地	〒		
	個人番号			

支給申請に係る児童	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	平成 年 月 日
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 〒		
	個人番号			