

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

(宛先) 沼津市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請者は保護者です。世帯主である必要はありませんが、決定対象者や郵送先は申請者名義となります。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号:		
	居住地	〒	電話番号	

実際に利用するお子様の氏名、生年月日、申請者からみた続柄(長男など)を記載します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名	個人番号:	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
-----------	--------	---------------	-----

被保険者証の記号及び番号(※) _____ 保険者番号(※) _____

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者番号」欄は、各種手帳をお持ちの方は、番号を記入してください(数字の部分だけで児童発達支援を申請する場合記入すること。)

各種手帳をお持ちの方は、番号を記入してください(数字の部分だけで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	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	

どこの事業所に、どのように通所するか(月や週ごとの日数や曜日など)を記載してください。

申請する支援	申請するサービスにチェックします。	申請に係る具体的な内容
	<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"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

<同意書> ※下記のいずれかに同意しない場合には同意しない項目の口欄に×を記入してください。

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、沼津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。

児童福祉法に基づく障害児通所給付費の支給決定に必要があるときは、私(申請者)の住民登録上の世帯員の閲覧並びに私(申請者)及び住民登録上の世帯員の住民税等の課税状況につき、沼津市福祉事務所長が税務当局等に証明(報告)を求めることに同意します。

※同意される場合は、チェックボックスにチェックしないでください。

申請者氏名 _____

同意書への同意のため、申請者署名をお願いします。

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 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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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

申請者=提出者となる場合は、チェックのみしてください。異なる場合(例:申請者は世帯主である父だが、提出や連絡の中心となるのは母である場合など)は、こちらに記入してください。

いずれも、事実関係を確認できる書類

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	〒 電話番号		