

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

浦安市長 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											
	氏名	生年月日					明治 昭和	大正 平成	年 月 日			
	個人番号											
	居住地	〒 電話番号										
	フリガナ	生年月日					平成・令和	年 月 日				
	支給申請に係る 児童氏名	続柄										
	個人番号											
	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							
	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、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

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	※「放課後等デイサービス」以外のサービスを申請する場合、裏面の多子軽減措置についても必ず記入してください。
	<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	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するため必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容、医師意見書の全部又は一部及び受給者証・支給決定内容を、浦安市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業所及び障害児入所施設の関係人に提示すること。

利用者負担上限額等の算定のため必要があるときは、私及び私の世帯の住民基本台帳や課税状況について、確認すること。

多子軽減措置等の認定のため必要があるときは、浦安市から支給決定に係る児童及び児童の兄又は姉の幼稚園等への通園（在園）状況について確認すること。

支給申請に係る児童が障害者手帳の交付を受けていない場合、浦安市から関係機関へ利用に係る意見及びその他必要な事項を照会すること。

以上のことについて同意します。 申請者氏名 _____

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について、下記の区分の適用を申請します。 下記の世帯状況を記入してください。 <input type="checkbox"/>該当なし			
	< 多子軽減措置の対象となる通園(通所)先 > 注意: 未就学児のみ ①幼稚園、特別支援学校の幼稚部、保育所、情緒障害児短期治療施設、認定こども園 ②障害児通所支援(児童発達支援、医療型児童発達支援、保育所等訪問支援)			
	世帯の児童氏名 (扶養されている お子様全員の名前)	同居/別居 の有無(○)	生年月日(年齢)	上記①②に通園(通所)している場合に <input checked="" type="checkbox"/> ※未就学児のみ <input checked="" type="checkbox"/>
	< 例 > ○田 ○子	○同居 別居	H Ⓜ 23 . 2 . 3 (5 歳)	<input checked="" type="checkbox"/>
		同居 別居	H R . . (歳)	<input type="checkbox"/>
	同居 別居	H R . . (歳)	<input type="checkbox"/>	
	同居 別居	H R . . (歳)	<input type="checkbox"/>	
	同居 別居	H R . . (歳)	<input type="checkbox"/>	
<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	〒		
		電話番号	