様式第２号（第３条関係）　　　　　　　　　　　（表）

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

岸和田市福祉事務所長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　 　年　 月　 日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 居住地 |  |
| 電話番号 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 続柄 |  | 生年月日 | 平成・令和　 　年　 月　 日 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害児通所支援受給者証番号（既にお持ちの方） |  |
| 身体障害者手帳番号 | （　　　　 　級） | 療育手帳番号 | （ Ａ , Ｂ１ , Ｂ２ ） | 精神障害者福祉手帳番号 | （　 　 　　級） |
| 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、肢体不自由児通所医療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 |
| 申請する支援等 | 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。） | 日/月（更新前の支給決定量　　日/月） |
| □ 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。） | 日/月（更新前の支給決定量　　日/月） |
| □ 放課後等デイサービス | 日/月（更新前の支給決定量　　日/月） |
| □ 保育所等訪問支援 | 日/月（更新前の支給決定量　　日/月） |
| □ 居宅訪問型児童発達支援 | 日/月（更新前の支給決定量　　日/月） |

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、医師意見書等の全部又は一部を、指定障害児相談支援事業者又は通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請に際し必要な場合は、私及び世帯員の市府民税課税台帳により確認することについて同意します。

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　世帯員氏名

------------------------------------------【市記入欄】----------------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 参事 | 担当長 | 担当員 |
|  |  |  |  |

審査の結果、支援が必要であると認められるため、

下記のとおり決定し、申請者へ通知してよろしいか。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定日 | 令和 　年 　月　 日 | 給付日数 | 日／月 | 重症心身障害 | 有 ・ 無 |
| 支給開始日 | 令和 　年 　月　 日 | 支給終了日 | 令和 　年 　月　 日 | 無償化 | 有 ・ 無 |
| 所得区分 | 生活保護・市民税非課税・市民税課税・市民税所得割28万円以上 | 多子軽減 | 無・2子・3子 |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給申請に係る児童と同じ世帯の世帯員の氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 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 | * 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。いずれにもあ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 |
| * 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。（当てはまるものに○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　　　　　※　在園証明書等が必要となります。 |
| * 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（□自己負担減免措置　□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。 |

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 | □申請者本人　　　□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 |

-------------------------------------------【市記入欄】---------------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 上限額管理届出書 | 有　 ・　 無　 ・ 　不要 | 兄弟姉妹 | 有 　・ 　無 |
| 上限額管理事業所 |  |
| 相談支援依頼文 | 勘案調査 | 手帳等 | 所得確認 | システム入力 | 証・通知 | スケジュール | 発送 |
| 要( / 済)・不要 |  |  |  |  |  |  | / |