

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

(あて先) 八代市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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	
	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
-----------	------------	-----------------

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	市記入欄 申請事由( ) 新規・更新・その他( ) 調査 未・済( ) 相談( ) 担当保健師名( )
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	セルフ
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	調査予定について 月 日( ) :
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	場所 療育が必要な事を証明する書類
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

次に掲げることに同意します。

①サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、医師意見書の全部又は一部を、八代市から指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設の関係人及び医師意見書を作成した医師に提示すること。

②障がい者支援課において自立支援給付の自己負担額認定の為に世帯全員の住民票登録資料、税務資料等について状況調査されること。

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設定 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 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。 ※福祉事業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。

世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

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				