

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

記入例

茨城県つくば市長 様

次のとおり申請します。

		和 年 月 日									
申請者	フリガナ	受給者証に記載されている保護者様の名前									
	氏 名	筑波 太郎									
	生年月日	S60 年 8 月 4 日									
居住地	〒	305-8555									
	番地1	電話番号 090-XXXX-XXXX									
フリガナ		お子様の名前									
支給申請に係る 障害児氏名	氏 名	筑波 一郎									
		生年月日	H27 年 10 月 20 日								
		続 柄									
		子									
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					

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
	☐ 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。）		利用希望のサービスに チェックを入れてください。
	☐ 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。）		
	☐ 放課後等デイサービス		
	☐ 居宅訪問型児童発達支援		
	☐ 保育所等訪問支援		

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、つくば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。

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		

※主治医の欄は、かかりつけの医師が

- 1.□にチェックを入れる。
- 2.あてはまる数字に○をつける。

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	
	☐ 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。	
	☐ 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。	

該当する場合はチェックを入れてください。

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	筑波 花子	申請者との関係	妻
住所	〒 305-8555 つくば市研究学園一丁目1番地1 電話番号 090-XXXX-XXXX		

※申請書を提出してくださる方のお名前をご記入ください。
郵送の場合は、「☐申請者本人」へのチェックのみで申請可能です。