

(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

つくば市長 宛て

次のとおり申請します。

年 月 日

受給者証に記載されている保護者様の名前

申請者	フリガナ			生年月日	昭和 60年8月4日
	氏名	筑波 太郎			
	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9			
	居住地	〒305-8555 つくば市研究学園 丁目1番地1		電話番号	090-XXXX-XXXX
フリガナ	お子様の名前		生年月日	平成 27年10月20日	
支給申請に係る 児童氏名	筑波 一郎				
個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		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	
被保険者証の記号及び番号※1			保険者名及び番号※1		

※1 医療型児童発達支援を申請する場合に記入してください。

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
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input checked="" 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		利用希望のサービスに チェックを入れてください。

(裏)

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 checked="" type="checkbox"/> 1 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。 (当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は○を付けないこと。) (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	1. □にチェックを入れる。 2. あてはまる数字に○をつける。
	<input type="checkbox"/> 2 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子に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。	該当する場合はチェックを入れてください。
	<input type="checkbox"/> 3 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してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
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。