

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

美濃加茂市福祉事務所長 宛

提出する日付を記入してください。

申請者（保護者）の氏名等を記入してください。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

申請者	フリガナ	カモ タロウ	昭和55年 5月 5日
	氏名	加茂 太郎 印 個人番号：123498765432	
	居住地	〒505-8606 美濃加茂市太田町 3431-1 電話番号 0574-25-2111	

フリガナ	カモ イチロウ	生年月日	平成22年 2月 2日
支給申請に係る 児童氏名	加茂 一郎	続柄	
	個人番号：2342567894321		

身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	1 2 3 4 5	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名
---------------	------------	-----------	-------------------	-----

サービスを利用する児童の氏名等を記入してください。

保険者名及び番号(※)

欄は、肢体不自由

手帳をお持ちの方は手帳番号を記入してください。

サービス利用の 状況	利用中のサービスの種類と内容等
	障害福祉 関係サービス 放課後等デイサービス 10日/月

お手持ちの受給者証を確認しながら、利用しているサービス内容の記入と利用しているサービスにチェック”✓”し、サービスごとに希望する支給量を記入してください。

申請する 支援	支援の種類
	<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	

10日/月

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、美濃加茂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



申請者氏名の記入、押印をしてください。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

チェック“✓”を記入してください。

申請する減免の種類	<input checked="" 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 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(□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	<input checked="" 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	印	申請者との関係	
住所	〒	電話番号	

申請者本人が提出される場合は氏名住所等の記入は必要ありません。
 申請者本人欄にチェック“✓”をしてください。
 申請者本人以外の方が提出された場合は氏名住所等を記入してください。