

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

だいひょう ほごしや じょうほう きにゅう  
代表となる保護者の情報を記入  
してください。

記入例

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	ナカ タロウ 那珂 太郎	生年月日	昭和 61 年 1 月 1 日
	居住地	〒311-0192 那珂市福田 1819 番地 5		
		電話番号 029-298-1111		
申請する児童	フリガナ 支給申請に係る 児童氏名	ナカ ジロウ 那珂 次郎	生年月日	平成 20 年 2 月 2 日
			続柄	次男
		手帳号	12345 号 B 級	精神障害者保健 福祉手帳番号
				疾病名
		保険者名及び番号(※)		
※「保険者名及び番号」欄は、時休不自由児通所医療を申請する場合記入する こと。				

れんらく ばんごう ねが  
連絡がつながる番号をお願いします。

サービスを利用する児童の情報を記入してください。

てちょうとう も ちの かた や、なんびょうとう しつべい も  
手帳等をお持ちのかたや、難病等の疾病をお持ち  
のかたは記入をお願いします。

サービス利用の状況	利用中のサービスの種類	障害福祉 関係サービス
	支援の種類	

申請する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	申請・更新するサービスに「し点チェックを記入してください。
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input 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	

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は必要があるときは、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、サービス等の支給決定を、那珂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 那珂 太郎

※新規申請者や放課後等デイサービスを更新する保護者に対し窓口もしくは電話で職員による聞き取り調査(最近の児童の様子について等)が実施されます。

わす しょめい ねが  
忘れずに署名をお願いします。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	がいとう しゅるい てん きにゆう 該当する種類にシ点チェックを記入してください。		

申請する 減免の 種類	<input 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( <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 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	那珂 花子	申請者との関係	妻 ※申請者からみた関係
住	〒311-0192 那珂市福田 1819-5		
		電話番号	029-298-1111

しんせいしゃほんにんいがい ていしゅつ ばあい きにゆう  
 申請者本人以外が提出する場合には記入をしてください。