

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) 榛東村長

次のとおり申請します。

申請年月日		年 月 日		
申請者 (保護者)	フリガナ			
	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号			
	居住地			
	電話番号	(自宅) (携帯) (本人・[])		
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名			申請者との続柄	
個人番号				
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	難病等疾病名	
医療保険の情報 ※ 「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。				
記号		保険者番号		
番号		保険者名称		

障害福祉関係サービスの利用状況			
申請する障害児通所支援の種類	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 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または一部を、榛東村から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者も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 (署名)

【裏面に続きます】

申請に係る児童に主治医があるときは、以下に記載してください。

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地			
	電話番号	— —		

申請する減免の種類（□にレを付すこと）	<input type="checkbox"/> I 負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （該当するものの番号に○印をつけること。） 1 生活保護受給世帯に属する者 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（所得割額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。 （該当するものの番号に○印をつけること。在園証明等が必要となります。） 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置（自己負担額減免措置、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"/> 自己負担額減免措置 <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"/> 申請者と同じ（以下の欄の記入は不要です。） <input type="checkbox"/> 申請者以外		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所			
電話番号	— —		