

障害児通所給付費支給変更申請書 兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書

西海市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ		性別	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名	印	男・女					
	居住地	〒 西海市						
フリガナ			性別	生年月日	平成 令和	年	月	日
支給申請に係る 児童氏名			男・女					
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(※)				保険者名及び番号(※)				

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス 利用の状況	障害福祉サービス 障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等
---------------	---------------------	-----------------

変更の理由	
-------	--

申請する 支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	利用(予定)施設: _____ 利用希望回数: _____日/月
	<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"/> 保育所等訪問支援	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	

【窓口確認書類】※郵送の場合は写しが必要

- 個人番号カード(申請者)
- 個人番号が確認できる書類(児童及び世帯分)
- ※代理申請の場合、代理の方の身分証明書も必要

《個人番号カードを所持していない場合》

- 個人番号が確認できる書類(申請者、児童及び世帯分)
- 身分証明書(申請者)
- ※代理申請の場合、代理の方の身分証明書が必要
(申請者の身分証明書は不要)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人(下の欄記入不要)	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外
--------	---	----------------------------------

私は、下記の者を代理人と定め、個人番号を利用して本申請手続きを行う権限を委任します。

申請者(保護者)氏名 _____ 印 _____

代理人 (申請書提出者)	氏名		続柄		<input type="checkbox"/> 代理人確認チェック欄
	住所	<input type="checkbox"/> 同上(申請者と同じ)		電話番号	

【申請者 ⇒ 市福祉課】

裏面あり ⇒

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。)
 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

II 多子軽減措置に関する認定 ※児童発達支援又は医療型児童発達支援申請者のみ
 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。)
 1. 第2子に該当する者
 2. 第3子以降に該当する者

【就学前の対象児童の兄姉の状況】 ※妹弟は不要
 (保育所・幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部等に在園又は児童発達支援及び医療型児童発達支援を利用している兄姉を全員記入してください。) ※在園証明書等が必要になります。

	児童氏名	生年月日	施設名 (保育所・幼稚園等)	入園等年月日
①		H . .		H . .
②		H . .		H . .

III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(定率負担減免措置 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。

◎ 同意欄

①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、西海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。

②支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害児通所給付等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、調査することに同意します。

※多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る認可保育所及び認定こども園等の在園状況並びに障害児通所支援の契約状況について調査することに同意します。

	氏名	同意欄	生年月日	申請者との関係	課税・非課税の別
申請者 (保護者)		印	S・H . .	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号			<input type="checkbox"/> 番号確認チェック欄	
児童		印	H・R . .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号			<input type="checkbox"/> 番号確認チェック欄	
世帯員		印	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号			<input type="checkbox"/> 番号確認チェック欄	
		印	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号			<input type="checkbox"/> 番号確認チェック欄	
		印	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号			<input type="checkbox"/> 番号確認チェック欄	
		印	T・S・H・R . .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号			<input type="checkbox"/> 番号確認チェック欄	