

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

ひたちなか市福祉事務所長

記載されている内容に誤りがないかご確認ください。

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇月〇日

申請者	フリガナ	ヒタチナカ タロウ	生年月日	昭和50年-2月2日
	氏名	ひたちなか 太郎	個人番号	1234 5678 9012
	居住地	〒312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1 電話番号：029-273-0111		
	フリガナ	ヒタチナカ	生年月日	平成15年2月2日
	支給申請に係る 児童氏名	ひたちなか 一郎	個人番号 続柄	1234 5678 9023 子
	身体障害者 手帳番号	1111	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(※)	

個人番号（マイナンバー）をご記入下さい。

電話番号：029-273-0111

※「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、現在決定を受けているサービスをご確認下さい。

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 【障害福祉】短期入所 5日/月
		【児童福祉】放課後等デイサービス 10日/月

現在決定を受けているサービスをご確認下さい。

あてはまる内容にレ点を入れて下さい。

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 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	利用したいサービスにレ点を入れて下さい。

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、ひたちなか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： ひたちなか 太郎

申請者（保護者）の氏名を記入してください。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	うら
	所在地	〒 電話番号		

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28.5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。

ご記入いただかなくて結構です。

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	ひたちなか 花子	申請者との関係	妻
住所	〒 312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1 電話番号 029-273-0111		