

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

大分市長

殿

【記入例】 (赤枠は必須)

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	オオイタ タロウ		生年月日	●●年△△月□□日
	氏名	大分 太郎			
	居住地	〒870-8504 大分市荷揚町●丁目□□番		電話番号 097-□□□-●●●●	
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	オオイタ ハナコ		生年月日	●年 □月 △日 (●)オ
	氏名	大分 花子		申請者との続柄	子
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		疾病名	
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、医療型リと。

**保護者(世帯主)とサービス
を受ける児童の氏名をご記入
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	利用したいサービスに チェックをしてください。

支援の種類	申請に係る具体的内容
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	保護者(世帯主)のお名前を ご記入ください
<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、大分市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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 **大分 太郎**

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 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 市町村民税課税世帯(所得割 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。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

医師の氏名や病院名をご記入ください。

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		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

申請書提出者について、「申請者本人」と「申請者本人以外」のどちらかをチェックしてください。「申請者本人以外」の方の場合は、その方の氏名・ご関係等をご記入ください。