

## 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

(宛先) 東温市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和4年4月1日

申請者 (保護者)	フリガナ	トウオン タロウ	生年月日	昭和54年12月25日			
	氏名	東温 太郎	個人番号	1111-1111-1111-1111			
	居住地	〒791-0292 東温市見奈良530番地1		電話番号	089-964-2001		
	フリガナ	トウオン イチロウ	生年月日	平成19年1月1日			
	支給申請に係る 児童氏名	東温 一郎	続柄	子			
	個人番号	2222-2222-2222-2222					
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号	中児相第△△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、肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入してください。

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	放課後等デイサービス 20日/月					
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			日/月			
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援			日/月			
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス			20日/月			
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援			日/月			
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			日/月				
主治医	主治医の氏名	愛媛 二郎	医療機関名	〇〇医療センター			
	所在地	〒791-0000 東温市見奈良〇〇		電話番号	089-964-△△△△		

※「主治医」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入してください。

申請する 減免の 書類	<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○をつけてください。) 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 ※ いずれにもあてはまらない場合には空欄にしてください。
	<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○をつけてください。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明書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(□自己負担減免措置 □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。

※ いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

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(下の欄に記入してください)		
氏名	東温 花子	申請者との関係	妻
住所	〒791-0292 東温市見奈良530番地1 電話番号 089-964-2001		

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又は一部を、東温市から指定障害児相談支援事業所、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 東温 太郎