

記入例

## 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7年12月10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					
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25年1月1日	
支給申請に係る 児童 氏名	東温 一郎 個人番号：2222 2222 2222			続柄			
	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 保険者番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名および保険者番号」欄は、肢体不自由通所医療を申請する場合に記入してください。

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 <b>放課後等デイサービス 10日/月</b>		
申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的な内容	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）			
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）			
	<input checked="" 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、通所支援事業所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

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 東温市見奈良〇〇番地	電話番号	089-964-0000

※「主治医」欄は、肢体不自由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。いずれにもあ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 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	
<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		