

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			
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 放課後等デイサービス 10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（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( <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		