様式第１号（第２条関係）

（表）

児童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

年　　月　　日

我孫子市長　あて

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | □　児童通所給付費の支給□　利用者負担額の減額□　利用者負担額の免除 |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　個人番号： |
| 居住地 | 〒電話番号 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児童氏名 | 個人番号： |
| 続　　柄 |  |
| 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 |  |
| 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、医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。 |
| 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 |
| 申請する支援 | 支援の種類 | 申請に係る具体的内容 |
| □　児童発達支援 |  |
| □　医療型児童発達支援 |
| □　放課後等デイサービス |
| □　保育所等訪問支援 |
| 同意書児童支援利用計画又は通所支援計画を作成するため必要があるときは、通所支援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我孫子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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（裏）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医（※） | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 減　免　の　種　類 | □　負担上限月額に関する認定次の区分の適用を申請します。（該当するものに○を付けてください。いずれにも該当しない場合は、記入は不要です。）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 |
| □　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。　（該当するものに○を付けてください。）１ 第２子に該当する者２ 第３子以降に該当する者※　在園証明等が必要となります。 |
| □ 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、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（□定率負担減免措置　□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。 |

添付書類（１、２及び４については、表面の個人番号に記入することにより省略することができます。）

１　児童通所支援負担上限月額の算定のために必要な事項に関する書類

２　肢体不自由児通所医療（児童福祉法第２１条の５の２８第１項に規定する肢体不自由児通所医療をいう。）を行う医療型児童発達支援に係る申請を行う場合にあっては、肢体不自由児通所医療負担上限月額（児童福祉法施行令第２５条の１２第１項に規定する肢体不自由児通所医療費負担上限月額をいう。）の算定のために必要な事項に関する書類

３　当該申請を行う児童の保護者が現に通所給付決定を受けている場合には、当該通所給付決定に係る通所受給証（児童福祉法第２１条の５の７第９項に規定する通所受給者証をいう。）

４　減免の種類の事実関係を確認できる書類