

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

遠 軽 町 長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ			生 年 月 日	年	月	日
	氏 名						
	居 住 地	〒			電 話 番 号	()	
支 給 申 請 に 係 る 児 童 氏 名	フリガナ			生 年 月 日	年	月	日
		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		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	利用中のサービスと種類と内容等
申 請 す る 支 援	支 援 の 種 類	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	申 請 に 係 る 具 体 的 内 容
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等児童デイサービス	
<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は必要があるときは、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、遠軽町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 _____ ㊞

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号 ()				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○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)に属する世帯
	<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。 (当てはまるものに○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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号 ()			

私は、利用者負担上限月額を認定するために必要がある場合、遠軽町長が私及び私と同一世帯にある者の住民税の課税状況及び所得額の状況について調査することに同意します。

申請者氏名 _____ 印