

記入例

障害児通所給付費（支給・変更）申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

受付印

(宛先) 東大阪市長

下記の同意内容に同意したうえで次のとおり申請します。

記入年月日をご記入ください

申請年月日 令和 4年 1月 1日

| | | | | | | | |
|-----------------|------|--|--|-------------------|-------------------------|---|--|
| 申請者 (世帯主) | フリガナ | ヒガシオカカ 知 | | 生年月日 | 昭和・平成 | 42年 2月 1日 | |
| | 氏名 | 東大阪 太郎 個人番号1111 2222 3333 (マイナンバー) | | | 日中連絡が取れる連絡先 をご記入ください | | |
| | 居住地 | 〒577 -8521 東大阪市荒本北 | | 電話番号 | 090-1234-5678 | | |
| 支給申請に係る 児童氏名 | フリガナ | ヒガシオカカ ハコ | | 続柄 | 平成・令和 | 24年 4月 1日 | |
| | 氏名 | 東大阪 花子 個人番号4444 5555 6666 (マイナンバー) | | | 子 | 各手帳を取得されている場合 は番号を記入し、手帳の写し を添付願います | |
| 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 (難病) | |
| 被保険者証の記号及び番号(※) | | | | 保険者名及び番号(※) | | | |

必ず12桁の個人番号
(マイナンバー)を
ご記入ください

各手帳を取得されている場合
は番号を記入し、手帳の写し
を添付願います

※「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 放課後等デイサービス 短期入所 東大阪デイサービス 現在利用中の事業所名【東大阪ショートステイ】 | 児童発達支援・放課後等デイサービス 以外の障害福祉サービスについて も記入してください |
|-------------------|----------------|--|---|

| 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 | 利用中、利用予定の事業 所をご記入ください 利用予定の事業所名 【 東大阪デイサービス 】 サービス等利用計画 作成依頼(予定)事業所【 東大阪相談事業所 】 |
| | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 | |
| | <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 | |

同意内容

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等の全部又は一部を、東大阪市長から指定障害児相談支援事業者、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。また支給決定するにあたり必要があるときは、本人及び世帯員の課税内容・収入等について調査することに同意します。また、障害の状況確認のために必要があるときは、関係機関に対して必要な資料・情報の提供を求めることに同意します。

申請者（世帯主）氏名 **東大阪 太郎**

必ず自署にて申請者
(世帯主)の氏名を
ご記入ください

| | | | | |
|-------------------|--------|--------------------------------|-------|-----------------------------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 荒本 太郎 | 医療機関名 | こどもクリニック |
| | 所在地 | 〒577-8521 荒本北1-1-1 こどもクリニック | | 医療機関を受診している場合のみ、 ご記入ください |
| 電話番号 06-1234-5678 | | | | |

| | |
|-----------|--|
| 申請する減免の種類 | <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. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者 ※事実関係を確認できる書類が必要な場合があります。 |
| | <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 ※ 在園証明等が必要な場合があります。 |
| | <input type="checkbox"/> III 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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <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。 |

| | | | |
|--------------------|--|---------|---|
| 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) | | |
| 氏名 | 東大阪 良子 | 申請者との関係 | 妻 |
| 住所 | 〒 申請者と同じ | | |
| 電話番号 080-1234-5678 | | | |

| 市記入欄 | A | | B | | C | 受付者 |
|------|-----|-----|---|---|-----|-----|
| | ア-ケ | ユ-ト | 申 | 児 | ア-ト | |
| | | | | | | |