(表)

障害児通所給付費支給申請書兼

利用者負担額減額・免除等申請書

会津美里町長

次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　 |
| 利用児童 | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 |  |
| 申請代行者 | 区　　分 | □申請者本人　□申請者本人以外（本人以外の場合下記の欄に記入） |
| 氏　　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 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 |

(裏)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 医　師　名 |  |
| 医療機関名 |  | （診療科：　　　　　　　　 | ） |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

下記の認定を申請いたします。（該当する番号欄にレ点をつける。）

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　す　る　減　免　の　種　類 | * 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３．市町村民税課税世帯（所得割28万円未満）に属する者 |
| * 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※　在園証明等が必要となります。 |
| □　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すること。

世帯状況・収入等の申告

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 生年月日 | 市町村民税の状況 |
| 申請者 |  |  | □課税　　□非課税 |
| 申請者の配偶者 |  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
| 世帯員 |  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
|  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
|  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
|  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
|  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
|  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
|  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |
|  | 年　　月　　日 | □課税　　□非課税 |

※世帯員については、18歳以上の方のみについて記入してください。