障害児通所給付費支給申請書兼

（様式第１号）

利用者負担額減額・免除等申請書

庄原市長　　様

下記の事項に同意し、次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | 生年月日 | | | |  | |
| 氏　　名 | | 個人番号： | | | |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | | |  | | |
| 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 | | | | | | | 支給決定終了年月日令和　　年　　月　　日 | | | | |
| □医療型児童発達支援 | | | | | | | 支給決定終了年月日令和　　年　　月　　日 | | | | |
| □放課後等デイサービス　（□指標） | | | | | | | 支給決定終了年月日令和　　年　　月　　日 | | | | |
| □保育所等訪問支援 | | | | | | | 支給決定終了年月日令和　　年　　月　　日 | | | | |
| □計画相談支援 | | | | | | | 支給決定終了年月日令和　　年　　月　　日  利用中事業所  利用希望事業所（新規の場合） | | | | |

■同意事項

１．負担上限月額の認定に際し、市職員が申請者及びその世帯全員の住民基本台帳、収入額及び保育所等利用状況等について、必要な範囲内で官公署に書類の閲覧又は提出を求め、当該書類を閲覧又は受領すること。

２．市が所有する情報を、必要に応じて障害福祉サービス事業所、医師その他関係者に提供すること。

３．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の全部又は一部を、庄原市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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （※） | 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 | * 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 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。 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 就学前の障害児通所支援利用児童に  対する多子軽減措置に関する確認事項 | * 就学前の障害児通所支援利用児童　　　　　　第　　子 |
| □　保育所等に通う姉・兄　　　有・無    有の場合その者の名 |