

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

八千代市長 様

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	明治 大正				
	氏名			昭和 平成	年	月	日	
	個人番号							
	居住地	〒 電話番号						
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	昭和 平成				
	氏名			令和	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				
難病疾病名								
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、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	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input 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	
		申請に係る具体的内容

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、八千代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。

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
	<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
	<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"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

同意書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス及び児童福祉法に基づく障害児通所給付の支給事務にあたり、下記の事項について障害者支援課職員が調査・確認することに同意します。

また、高額障害福祉サービス費等の該当となった場合は、障害者支援課職員が算定に関する手続を行うことに同意します。

記

1. 世帯員の市民税の課税及び生活保護等受給状況等に関すること
2. 世帯員の住民基本台帳の閲覧に関すること
3. 個人番号（マイナンバー）の確認及び個人番号を活用した情報連携に関すること
4. 障害福祉サービス費等の算定にあたり必要となる受給者情報を千葉県国民健康保険団体連合会へ提供すること

（あて先）八千代市長

年 月 日

住 所

申請者との続柄

氏 名 (本人)

氏 名 ()

氏 名 ()

氏 名 ()

氏 名 ()