第１号様式（第２条）

（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

（宛先）　八千代市長

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>居 住 地</td><td colspan="3">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">支給申請に係る
児　童　氏　名</td><td rowspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>続　　柄</td><td></td></tr>
</table>

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	

<table>
<tr><td rowspan="2">サービス利用の状況</td><td>障害福祉関係サービス</td><td>利用中のサービスの種類と内容等</td></tr>
<tr><td rowspan="6">申請する支援</td><td>支援の種類</td><td>申請に係る具体的内容</td></tr>
<tr><td>□児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>□児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）</td></tr>
<tr><td>□放課後等デイサービス</td></tr>
<tr><td>□居宅訪問型児童発達支援</td></tr>
<tr><td>□保育所等訪問支援</td></tr>
</table>

障害児支援利用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，八千代市から指定障害児相談支援事業者，通所支援事業者又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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏）

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	電話番号		

※　主治医の欄は，かかりつけの医師がいる場合に記載してください。

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。 （あてはまるものに〇を付ける。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。 （あてはまるものに〇を付ける。） 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。 ※　境界層対象者証明書が必要となります。

備考　事実関係を確認できる書類を添付してください。

申請書提出者	□申請者本人　　□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　　（　　）

記載例

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	やちよ　たろう	生年月日	明治　大正 昭和　平成　　〇〇年　〇月　〇〇日 令和
	氏　名	八千代　太郎		
	個人番号			
	居住地	〒276-8501 八千代市大和田新田 312 番地 5 電話番号　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
支給申請に係る児童	フリガナ	やちよ　はなこ	生年月日	昭和　平成 令和　　〇〇年　〇月　〇〇日
	氏　名	八千代　花子	続　柄	子
	個人番号			

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	
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

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	☑児童発達支援	〇〇〇〇センター （通所先事業所名：複数事業所を利用している場合は全部記入をお願いします。）
	□医療型児童発達支援	
	□放課後等デイサービス	〇〇日／月 （上限支給量の方は“当該月の日数－8 日”で記入をお願いします。）
	□居宅訪問型児童発達支援	
	□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　八千代　太郎

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	□　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。 （あてはまるものに〇をつける。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。 （あてはまるものに〇をつける。） １．第２子に該当する者 ２．第３子以降に該当する者
	□　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。

申請書提出者	☑申請者本人　　□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		

記載例

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状況に関すること
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　八千代市大和田新田 312 番地 5

		申請者との続柄
氏　名	八千代　花子	（　本人　）
氏　名	八千代　太郎	（　夫　）
氏　名	八千代　八千子	（　長女　）
氏　名		（　　）
氏　名		（　　）