

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) 野田市長

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	のだ たろう	個人番号	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	氏名	野田 太郎	生年月日	昭和50年 5月 5日											
	居住地	〒278-8550 野田市鶴奉7番地の1													
		電話番号 04-7125-1111													
フリガナ	のだ じろう	個人番号	7	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9	
支給申請に係る 児童氏名	野田 次郎	生年月日	平成29年 6月 6日												
		続柄	子(申請者の太郎から見た続柄)												
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号	123456				精神障害者保健 福祉手帳番号					疾病名			

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
		<div style="border: 3px double black; padding: 10px; text-align: center;">手帳の交付を受けている場合は、番号を記入してください。</div>

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 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)	
	<input type="checkbox"/> 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。)	
	<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		

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、野田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 野田 太郎

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇医師	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒278-〇〇〇〇 野田市鶴奉〇〇番地		
電話番号 04-7125-〇〇〇〇				

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

サービスを利用する児童に主治医がいるときは、記入してください。

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。	
	<input type="checkbox"/> III	認定 申請します。

提出前にご確認ください

1. 表面の右下に申請者の記名はお済ませですか？

2. 裏面下部の申請書提出者の欄の記入はお済ませですか？

※ 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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	野田 花子	申請者との関係	妻
住所	〒278-8550 野田市鶴奉〇〇番地の〇		
電話番号 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇			