

# 障害児通所給付費支給変更申請書兼 利用者負担額減額・免除等申請書

高砂市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

(申請者の欄には保護者の情報を記入してください。18歳以上の児童の場合は、児童本人の情報を記入してください。)

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号:		
	居住地	〒		
			電話番号	
	フリガナ		生年月日	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、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入してください。

障害児通所給付費、介護給付費等の受給状況	サービスの種類	支給量	サービスの種類	支給量

支援の種類	希望量	支援の種類	希望量
<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/月	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月		
申請に係る具体的内容:			

申 請 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> 1 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○をつけてください。いずれにもあてはまらない場合は空欄にしてください。)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 生活保護受給世帯</li> <li>(2) 市町民税非課税世帯に属する者(世帯の合計年収が80万円以下の者)</li> <li>(3) 市町民税非課税世帯に属する者(世帯の合計年収が80万円より多い者)</li> <li>(4) 市町民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> 2 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○をつけてください。いずれにもあてはまらない場合は空欄にしてください。)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 第2子に該当する者</li> <li>(2) 第3子以降に該当する者</li> </ul> <p>※ 在園証明書等が必要となります</p>
	<input type="checkbox"/> 3 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。

世帯収入申告(※)	※市町民税非課税世帯の場合に記入してください。課税世帯の場合は空欄にしてください			
	項目	収入種別	収入金額	認定額
所得金額		給与・事業所得	円	円
		不動産・雑所得	円	
		その他工賃収入等( )	円	
公的年金等		( )年金	円	
		( )年金	円	
手当等		( )手当	円	
		( )手当	円	
その他			円	

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話				

申請者同意事項（通所給付決定を受けようとする児童の保護者。18歳以上の児童の場合は、児童本人。）

- 1 私は、障害児通所給付費支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請並びに地域生活支援事業に関する申請における下記の事項について同意します。
  - (1) 市町が私の住民基本台帳情報を調査すること。
  - (2) 市町が私の市町民税課税状況及び固定資産税納付状況を調査すること。
  - (3) 市町が私の特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当等の各種手当の受給状況を調査すること。
  - (4) 市町が私の各種年金の受給額を調査すること。
- 2 私が申告した収入等に誤りがある場合、遡って再認定を受けることについて同意します。
- 3 各申請に係る障害児通所支援の支給(不支給の場合を除く。)に必要があるときは、私の受給者証に記載された事項、障害児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(以下「必要事項」という。)を、指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者若しくは障害児入所施設等の関係人(以下「事業者等」という。)に対し閲覧させることについて同意します。
- 4 障害児通所給付の支給に必要があるときは、私の障害者自立支援法に規定する自立支援給付支給決定時の挙証資料及び地域生活支援事業に規定する各事業の支給決定時の挙証資料を市町が閲覧することについて同意します。
- 5 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、必要事項を市町から事業者等に対し閲覧させることについて同意します。
- 6 利用者負担額減額・免除等申請により、所得区分の変更がある場合、私の地域生活支援事業受給者証の利用者負担上限月額を市町が変更することに同意します。

申請者同意欄(署名又は捺印)

世帯員の同意事項（申請者は除く。）

- 1 私は、障害児通所給付費支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請並びに地域生活支援事業に関する申請における下記の事項について同意します。
  - (1) 市町が私の住民基本台帳情報を調査すること。
  - (2) 市町が私の市町民税課税状況及び固定資産税納付状況を調査すること。
  - (3) 市町が私の特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当等の各種手当の受給状況を調査すること。
  - (4) 市町が私の各種年金の受給額を調査すること。

氏名	申請者から見た続柄	氏名	申請者から見た続柄

- ・申請者同意がない場合は、申請に係る挙証資料すべての添付が必要になります。
- ・世帯員全員の同意が得られない場合、世帯員全員が記載された住民票(住民票謄本)等の挙証資料が必要になります。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下記の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話			