### 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 (葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金申請書)

葛飾区長 あて

申請年月日 年 月 日

	フリ	リガナ						 	 		 					
申	氏	名									生年月日			年	月	日
請	個人	、番号														
者	居	住地	₹									電話番号				
	フリガ	<b>`</b> ナ														
支 児	給申請(	に係る 氏 名									生年月日		:	年	月	日
1	個 人 都	手号								Ĭ	続 柄					
身体障害者 手 帳 番 号					療育 =						精神障害者保險 福祉手帳番号			授	<b>美病名</b>	
被保険者証の記号及び番号(※)											保険者名及	及び番号(※)			•	
※「被保险者証の記号及び番号」欄及び「保险者名及び保险者番号」欄は、医療型児童発達支援を由請する場合記入すること								- J.								

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	□児童発達支援				
申請す	□医療型児童発	達支援			
る支援	□放課後等デイ	サービス			
援	口居宅訪問型児	童発達支援			
	口保育所等訪問	支援			
相 談	□相談支援事業		*事業所(	)	

#### 同意書

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、葛飾区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。

また、障害福祉サービスと障害児サービスの調整のため関係各課に障害支援区分、支給期間及び支給決定内容 を提示することに同意します。

※(葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金利用者のみ)サービスを提供した事業所等が私に代わって 受領することに同意します。

申請者氏名

主	主治医 氏 名		医療機関名		(診療科名)
治医	所在地	₸		電話番号	

	I	I 負担上限月額に関する認定								
	下訂	己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。)								
申	1.	生活保護受給世帯								
請	2.	区民税非課税世帯に属する者								
	3.	. 区民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者								
す										
る	Π	多子軽減措置に関する認定								
	下訂	下記の区分の適用を申請します。								
減	(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。)								
免										
_	1.	第2子に該当する者								
の	2.	第3子以降に該当する者								
種	Ж	在園証明等が必要となります。								
	但し	、小学校就学前児童 第1子通園先( ) 第2子通園先(	)							
類										
	Ш	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(口自己負担減免措置 口補足給付の特例措置)を申請します。								
	×4	量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	Ŧ		電話番号	

### ≪区使用欄≫

Ι.	_	1 個人番号カード	_			_		担当
看		2 通知カード	身	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート		委	1 委任状	
石		3 住民票の写し	在確	4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳		確	2 戸籍謄本	
T E		4 住民基本台帳の確認	認	6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他(	)	認	3 住基確認	
"	U.	5 その他( )	шь			шс		

# 記入見本

	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									
葛飾	区長 あて のとおり申請し、	世帯主の氏名・個人	<b>▲番号・生年月</b> 日	∃・住所・電	話番号をご記	入ください	60			
申	フリガナ 氏 名		生:	年月日		年 月	目			
請	個人番号	<u>                                     </u>	<u>                                     </u>							
者	居住地			電話	番号					
	フリガナ       サービスを利用する児童氏名・個人番号・生年月日         支給申請に係る       続柄をご記入ください。									
	個 人 番 号		1 1 1 1	売 柄						
	障害者 :番号	療育手帳(愛 の手帳)番号		障害者保健 业手帳番号		疾病名				
	険者証の記号及び番	= ' '		険者名及び番号	*****	B A = 1 1 + 7 -				
× 1₹	版保険者証の記号及 	び番号」欄及び「保険者名及で -	)保陝有番号」欄は、	医療型児里発達	<b>E文援を申請する</b> 項	易合記人する。	_ と。 			
サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等 障害福祉 関係サービス 利用中のサービスをご記入ください。									
		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 □医療型児童発 □放課後等デイ □居宅訪問型児 □保育所等訪問	サービス 支 童発達支援 して	回希望する 援に <b>夕</b> を てください。	をご	事業所名、ネ 記入ください。 ) 〇〇事業所	0	週			
相談	□相談支援事業			*事業所(						
障の内 の内 まを提 ※()	相談支援事業所と契約している場合は「2をして、相談支援事業所名をご記入ください。 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一草筋区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。また、障害福祉サービスと障害を提示することに同意します。 (葛飾区療育施設利用乳幼児の受領することに同意します。) ※(葛飾区療育施設利用乳幼児の受領することに同意します。) ※(高齢の原育施設利用乳幼児の受領することに同意します。)  中請者氏名を忘れずに ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
	主治医		医		`					
主治医	氏 名 〒 所在地	主治医がし	いる場合はご記			診療科名)				
				電話	番号					

		I	負担上限月額に関する	る認定				
		下記	記の区分の適用を申請し	します。		)		
		(あ	てはまるものに〇をつけ	ける。いずれにも当てはま	す。該当する項目に☑をしてください。			
申		1.	生活保護受給世帯		1・2・3のいずれかに○をしてくださ	い。		
請		2.	区民税非課税世帯に	属する者	ご不明な場合は、Oをしなくて結構で	です。		
す		3.	区民税課税世帯(所得	<b>計割28万円未満)に属す</b>	※区民税の確認が必要となります。			
る		Π	多子軽減措置に関する	る認定	確認できない場合はサービスが			
		下記	記の区分の適用を申請し	します。	利用ができません。	)		
減		(あ	てはまるものに〇をつけ	ける。いずれにも当てはま	: is			
免の		1.	第2子に該当する者	. ==				
0)			第3子以降に該当する					
種			在園証明等が必要とな					
類		但し	<sub>ン、</sub> 小学校就学前児童	第1子通園先(	)第2子通園先(	)		
		Ш	生活保護への移行予	防措置(自己負担減免持	昔置、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(口自己負担減免	措置 口補足給付の特例措置)を申請します。			
		×₹	国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。			
	l							

L I 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	

## ≪区使用欄≫

_	1個人番号カード	_			_		担当
番号	2 通知カード	身	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート		委	1 委任状	
一一一一位	3 住民票の写し	在確	4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳		任確	2 戸籍謄本	
認	4 住民基本台帳の確認	認	6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他(	)	認	3 住基確認	
J.O.	5 その他( )	1.0			н.о-		