

記入例 (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

土浦市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

フリガナ		ツチウラ タロウ		申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者	氏名	土浦 太郎		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	居住地	〒300-8686 土浦市 大和町9-1		個人番号	000000000000
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	ツチウラ ツチマル		電話番号	029-826-1111
	氏名	土浦 つちまる		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	茨城県 0000	精神障害者保健 福祉手帳番号	続柄	子
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すること。

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 児童発達支援

支援の種類	申請に係る具体的内容
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	月23日
<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	

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、土浦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 土浦 太郎

1 申請書を提出する日
を記入してください。

2 申請者（保護者）の
氏名・フリガナ、個人
番号（マイナン
バー）、生年月日、
居住地、電話番号を
記入してください。

サービスを利用する
お子様の氏名・フリ
ガナ、個人番号（マ
イナンバー）、生年
月日、続柄も記入し
てください。

3 お持ちの障害者手帳
の番号を、難病の方
は、疾病名に病名を
記入してください。

「肢体不自由児通所
医療」のサービスを
利用している場合に
は、健康保険証の内
容を記入してくださ
い。

4 現在、利用している
障害福祉サービスの
内容を記入してくだ
さい。

5 利用を希望する
サービスの該当す
る□に☑をつけて
ください。

申請に係る具体的
内容には、サービ
スの支給量を記載
してください。

6 個人情報の提供のため、申請者
（保護者）の署名をお願いします。

裏面もあります。

記入例 (裏)

7【主治医】
短期入所などの介護給付費の申請を希望する場合にだけ、記載してください。

8【負担上限月額に関する認定】
□に☑をつけ、1～3のいずれか該当する数字に○をつけてください。いずれにも該当しない場合には○をつけないでください。
★1の場合には生活保護受給証明書をつけてください。2および3については、障害福祉サービスを受ける日の属する月が、1月～6月の場合は昨年度、7月～12月の場合は今年度の市町村民税の課税・非課税の状況を選択してください。

9【II 多子軽減措置に関する認定】
就学前の障害児通所支援を利用する児童が対象です。下記の条件を確認しご申請ください。
★市民税所得割額が77,101円以上(年収約360万円以上相当)の世帯で、障害児通所支援を利用している、または幼稚園等に通う就学前の兄または姉がいる。
★市民税所得割額が77,101円未満(年収約360万円未満相当)の世帯で、通所給付保護者と生計を一にする兄または姉がいる(年齢は問わない)。

7

主治医の氏名		医療機関名	
所在地	〒	電話番号	

8

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。)

- 生活保護受給世帯
- 市町村民税非課税世帯に属する者
- 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者**

9

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。)

- 第2子に該当する者**
- 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。
※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。

10

申請書提出者	<input checked="" 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	土浦 太郎	申請者との関係	本人
住所	〒300-8686 土浦市 大和町9-1	電話番号	029-826-1111

★事実関係を確認できる書類を添付してください。
・生活保護受給世帯・・・生活保護の実施機関から生活保護受給証明書を交付を受けてください。
・市町村民税非課税・課税世帯・・・障害福祉サービスを受ける日の属する月が1月～6月の場合は昨年度、7月～12月までの場合は今年度の所得(課税)証明書及び課税(非課税)証明書(今年度の証明書であれば、昨年中の所得となります)。配偶者と別に住んでいる場合では、配偶者についても課税・非課税証明書が必要となります。II・IIIの中で、20歳未満の場合には、保護者の課税・非課税証明書が必要となります。障害福祉サービスを受ける日の属する月が1月～6月の場合は一昨年の1月1日、7月～12月に申請される方は昨年の1月1日に、**土浦市に住民登録があり、所得の申告をされている場合、証明書の提出は必要ありません。**所得の申告をしていない場合には申告をしてください。

10
【申請書提出者】
提出者の該当する□に☑をつけてください。
申請書を提出した方の連絡先等を記入してください。電話番号を忘れずに記入してください。