

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

吹田市長あて

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	キニユウ レイタロウ	生年月日	大正・昭和 平成・令和
	氏名	記入 例太郎	◆年 ◆月 ◆日	
者	個人番号	〒 564-8550	電話番号	06-6384-****
	居住地	吹田市泉町1-3-40		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	キニユウ レイタ	生年月日	平成・令和 ▼年 ▼月 ▼日
	氏名	記入 例太	続柄	子
身体障害者手帳番号	第 号	療育手帳番号	第 ●●●号	精神障害者保健福祉手帳番号
第 号		第 号		疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)		

申請書を提出する日、もしくは発送する日をご記入ください。

申請者(保護者)の氏名、生年月日、居住地(実際に住んでいる所の住所)、電話番号をご記入ください。

対象児童の氏名、生年月日、申請者との続柄、お手持ちの手帳等の番号をご記入ください。

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

障害福祉関係サービスをご利用中の場合は、内容・支給の量を簡潔にご記入ください。

サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等
	短期入所を月5日利用中

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	月に10日利用を希望
<input type="checkbox"/>	医療型児童発達支援	
<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	

申請するサービスのチェックボックスにチェックし、申請内容(主に希望する支給の量)についてご記入ください。

なお、この申請に係る審査のため市職員が上記の申請者の属する世帯の課税内容・収入等について調査すること及び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、吹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 記入 例太郎

申請者氏名をご記入ください。

申請書の記入例

申請書の記入例

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	<input checked="" 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)
	<ol style="list-style-type: none"> 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
	<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。 (あてはまるものに○をつける。)
	<ol style="list-style-type: none"> 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。
	<input type="checkbox"/> III 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。

申請する減免の種類に該当するものがあれば、該当するチェックボックスにチェックし、該当する番号に○をしてください。

減免に該当するかどうかの事実を公簿で確認できない場合は、確認できる証明書等を添付する必要があります。

申請者以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。申請者が申請書を提出する場合は「 申請者本人」にチェックしてください。

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	記入 例美子	申請者との関係	配偶者
住所	〒 申請者と同じ 電話番号		