

次のとおり申請します。

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		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)					保険者名及び番号(※)		

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
-----------	-------------------	-----------------

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援	
	☐ 医療型児童発達支援	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

申請者氏名

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	☐ 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
	☐ 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。) 1. 第2子に該当する者 2. 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(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		

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。