

記入例

(第3条関係)

(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

千葉県南房総市
次のとおり申請

氏名、個人番号を記入してください。

提出する日付を記入してください。

申請年月日 令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請者	フリガナ	ナンソウ タロウ		生年月日	昭和55年 5月 5日	
	氏名	南総 太郎 個人番号：134215830936				
	居住地	〒294-0813 南房総市谷向1-16番地2 南房総市谷向100番地		電話番号	0470-36-1151	
	フリガナ	ナンソウ イチロウ		生年月日	平成22年 2月 2日	
	支給申請に係る 児童氏名	南総 一郎 個人番号：142130936583		続柄	子	
	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(※)			

※「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、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

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 放課後等デイサービス 15日/月
	申請する支援	支援の種類 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <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

お手持ちの受給者証を確認しながら、利用しているサービス内容の記入と利用しているサービスにチェック“✓”し、サービスごとに希望する支給量を記入してください。

15日/月

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及び医師意見書の全部又は一部を、南房総市から指定障害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。

氏名の記入をしてください。

申請者氏名 南総 太郎

裏面にも記入箇所があります。

記入例

(裏)

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。) 1. 生活保護 2. 市町村 3. 市町村
	<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。) 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。
	<input type="checkbox"/> 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。

□欄にチェック“✓”を記入してください。

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		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

申請者本人が提出された場合は氏名住所等の記入は必要ありません。
 申請者本人欄にチェック“✓”してください。
 申請者本人以外の方が提出された場合は氏名住所等記入してください。