

| | | | |
|--------|---------------|-------|--|
| 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| 所在地 | 〒 電話番号 | | |

(※) 主治医の欄は、18歳以上の方で障害支援区分を申請する際、介護給付費又は地域移行支援（精神科病院〔精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。〕に入院している者に限る。）を利用する場合記入すること。

| | | | |
|--|----|-------|----|
| 申請する減免の種類 | | | |
| <input 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。（あてはまるものにレ印をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 3. 市町村民税課税世帯（所得割28万円未満）に属する者 ※ 障害児の「世帯」の範囲は、「同一の世帯に属する世帯の構成員」 | | | |
| <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。 （あてはまるものにレ印をつける。当てはまらない場合は空欄とすること。 同一世帯の児童名を記載すること） | | | |
| <input type="checkbox"/> 所得基準（世帯の市町村民税所得割合算額が77,101円未満） | | | |
| | | | |
| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 備考 |
| 第1子 | | H . . | |
| 第2子 | | H . . | |
| 第3子 | | H . . | |
| ※子については、障害の有無、サービス利用の有無に関わらずご記載下さい。 | | | |
| <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（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。

| | | | |
|--------|---|---------|--|
| 申請書提出者 | <input 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 | 〒 斑鳩町 電話番号 | | |

記載例

障害児通所給付費支給（変更）申請書兼

利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

斑鳩町長 様

平成 年 月 日

次のとおり申請します。

- 障害児通所支援 **新規**申請 障害児通所支援 **継続**申請 障害児通所支援 **変更**申請
- 受給者証 **再交付**申請（紛失、破損、その他： ） 利用者負担額減額区分 **変更**申請

また、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、斑鳩町が指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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。

| | | | | | | |
|--|---|---|----------------------|------------|--------|-------|
| 保護者氏名 | (フリガナ) イカルガ タロウ 斑鳩 太郎 ㊟ | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 | | | |
| 【個人番号】 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | | | | |
| 申請者居住地 | 〒 斑鳩町法隆寺西〇-〇-〇 | 電話番号 | | | | |
| 障害児氏名 | (フリガナ) イカルガ サズロウ 斑鳩 三郎 | 生年月日 | 平成 年 月 日 (歳) | | | |
| 【個人番号】 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 | 申請者との続柄 | 子 | | | |
| 障害児の居住地 (保護者居住地と異なる場合のみ) | 〒 奈良県生駒郡斑鳩町 | 電話番号 | | | | |
| 手帳 | <input type="checkbox"/> 身障手帳(番号:) <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳(番号: 9999) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(番号:) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 被保険者証 <small>※肢体不自由児通所医療を申請する場合</small> | 記号番号: | 保険者名: | 保険者番号: | | | |
| サービスの利用状況 | <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 申請するサービス | サービス種類 | 概要 | 今回申請量(月) | 前回支給量(月) | 支給決定期間 | 利用方法等 |
| | <input type="checkbox"/> 児童発達支援(□居宅訪問型) | | 日 | 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る) | | 日 | 日 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | | 10日 | 10日 | | |
| 地域相談支援等 | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | | 日 | 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | | 日 | 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 計画相談 | <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援相談支援事業所 () <input type="checkbox"/> セルフプラン <input type="checkbox"/> 利用計画未策定 | | | | |
| 支給(変更)を希望する理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 前回の支給決定内容と変更はありません | | | | | |

| | |
|--------|-----------|
| 主治医の氏名 | |
| 所在地 | 〒 電話番号 |



(※) 主治医の欄は、18歳以上の方で障害支援区分を申請する際、介護給付費又は地域移行支援（精神科病院〔精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。〕に入院している者に限る。）を利用する場合記入すること。

| 申請する減免の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-------|----|------|----|-----|--|-------|--|-----|--|-------|--|-----|--|-------|--|
| <p>■ 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。（あてはまるものにレ印をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 生活保護受給世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 市町村民税非課税世帯に属する者</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 市町村民税課税世帯（所得割28万円未満）に属する者</p> <p>※ 障害児の「世帯」の範囲は、「同一の世帯に属する世帯の構成員」</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><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。 （あてはまるものにレ印をつける。当てはまらない場合は空欄とすること。 同一世帯の児童名を記載すること）</p> <p><input type="checkbox"/> 所得基準（世帯の市町村民税所得割合算額が77,101円未満）</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>氏名</th> <th>生年月日</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1子</td> <td></td> <td>H . .</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第2子</td> <td></td> <td>H . .</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第3子</td> <td></td> <td>H . .</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※子については、障害の有無、サービス利用の有無に関わらずご記載下さい。</p> | | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 備考 | 第1子 | | H . . | | 第2子 | | H . . | | 第3子 | | H . . | |
| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |
| 第1子 | | H . . | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第2子 | | H . . | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第3子 | | H . . | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><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（<input type="checkbox"/>定率負担減免措置 <input type="checkbox"/>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。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 type="checkbox"/> 申請者本人 ■ 申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| 氏名 | 珊瑚 花子 | 申請者との関係 | 妻 |
| 住所 | 636-0000 珊瑚町法隆寺西0-0-0 電話番号 0745-00-0000 | | |