

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

尾道市長様

保護者(主たる生計者)の氏名、個人番号(マイナンバー)、生年月日、住所、電話番号を記入

次のとおり申請します。

		申請年月日		**年**月**日	
申請者	フリガナ	オシダ タロウ		生年月日	〇〇年〇月〇〇日
	氏名	尾道 太郎			
	居住地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 尾道市〇〇町〇〇〇〇番地		電話番号 0949-**-****	
		児童の氏名、個人番号(マイナンバー)、生年月日、続柄を記入			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	オシダ ハコ		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	尾道 花子			
		続柄	子		

身体障害者手帳番号	第*****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保険者名及び番号(※)

※「被保険者証の記号」欄は、手帳があれば手帳番号を記入
「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	現在利用しているサービスの種類・日数を記入
	障害福祉関係サービス	放課後等デイサービス 〇日/月
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	〇日/月 ご利用するサービスの予定日数を記入
	<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	尾道 桜子(妻) TEL: 〇〇〇〇 午前中がつながりやすいと思います
	<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師意見書の全部又は一部を、尾道市から指定障害児関係人に提示することに同意します。

郵送の場合は後日、電話でお子さんの様子をお伺いします。ご連絡させていただく保護者の名前、申請者との関係、平日つながりやすい電話番号、時間帯(8:30~17:15)を記入してください。

申請者氏名 尾道 太郎

保護者(主たる生計者)の氏名を記入

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 type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○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
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○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。

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(以下の欄に記入)		
氏名	尾道 桜子	申請者との関係	妻
住所	〒 同上 電話番号 0848-00-0000		

表面で記入した申請者以外が、申請書を提出する場合は、本人以外に☑し、名前、申請者との関係等を記入