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。

申請者	フリガナ	オノダ タロウ	申請年月日	**年 **月 **日
	氏名	尾道 太郎	生年月日	〇〇年〇月〇〇日
	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	0849-**-****
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	オノダ ハコ	児童の氏名、個人番号(マイナンバー)、生年月日、続柄を記入	
	氏名	尾道 花子	〇〇年〇〇月〇〇日	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
加入医療保険の記号及び番号			保険者名及び番号(※)	

※「加入医療保険の記号及び番号」「療育手帳番号」「精神障害者保健福祉手帳番号」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。

手帳があれば手帳番号を記入

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
	☐ 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を除く。)	〇日/月 利用するサービスの予定日数を記入
	☐ 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。)	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
	☒ 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		

申請するサービスの口にチェック

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、申請書との関係、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。

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。

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	☐ 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
	☐ 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。
	☐ 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	☐ 申請者本人 ☒ 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	〒 申請者と同じ		電話番号 0848-**-****

表面で記入した申請書以外が、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