

記入例

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入
してください。

押印不要です。

個人番号(マイナンバー)を記入してく
ださい。

様式第2号の2 (第3条の3、第6条の2関係)

障害児通所給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

児童福祉法に規定する障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費・障害児入所給付費・特定入所
障害児食費等給付費・障害児入所医療費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者が18歳
未満の場合
「児童名」を記
入してください。

申請者	フリガナ	カナザワ タロウ		生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	金沢 太郎			
	個人番号:	1111111111111111			
居住地	〒920-0000 金沢市広坂1-1-1 アパート102号				電話番号 076(220)2289
お持ちの手帳に応じて記入してください。	フリガナ	カナザワ イチロウ		生年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日
	支給申請に係る児童氏名	金沢 一郎			
	個人番号:	2222222222222222			
続柄					
身体障害者手帳等級	1 級	療育手帳等級	A (B)	精神障害者保健福祉手帳等級	2 級
疾病名	パーキンソン病				
被保険者証の記号及び番号(※)	123 456789		保険者名及び番号(※)	〇〇保険組合 111111	

※医療型児童発達支援、医療型障害児入所施設、指定医療機関の利用を申請する場合は、支給申請に係る児童の加入する医療保険について記入してください。

障害児入所給
付費を申請す
る方は、加入
の医療保険証
について記入
してください。

手帳をお持ちで
ない難病患者の
方はこちらに疾
病名を記入し
てください。

のサ リ ビ ス 状 況 等	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援 障害児入所支援	利用中の支援の種類と内容等

区分	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援の種類	障害児通所給付費	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input 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
	障害児入所給付費	<input type="checkbox"/> 障害児入所支援 <input type="checkbox"/> 指定医療機関

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するため必要があるときは、指定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、金沢市から指定障害児相談支援事業者、指定通所支援事業者、指定障害児入所施設若しくは指定医療機関の関係人又は医師意見書を記載した医師に提示することに同意します。

ご利用希望サービス横
の口にチェック(☑)を
入れてください。

申請者氏名 (署名又は記名押印) 金沢 一郎

金沢

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入してください。
署名でなく記名(ゴム印・印字等)の場合は押印が必要です。

※記名の場合は
押印してください。

利用者の世帯の収入状況が1～3のいずれかに該当する場合、のうえその番号を○で囲んでください。

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 下記の区分の適用を申請します。 (該当するものに○を付けてください。いずれにも該当しない場合は、空欄としてください。)
	1 生活保護受給世帯に属する者
	2 市町村民税非課税世帯に属する者 (※) ① 合計所得金額及び障害基礎年金等の収入 ② ①以外のもの
	3 市町村民税課税世帯 (所得割28万円未満)
	<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。 (該当するものに○を付けてください。)
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 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設入所者 (注1) であるため、医療型個別減免を申請します。	
<input type="checkbox"/> IV 特定入所障害児食費等給付費に関する認定 (医療型施設は除く。) 障害児入所施設入所者 (注2) であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請する場合は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる指定障害児入所施設等	
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免措置、特例補足給付) 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"/> 特例補足給付) を申請する場合は、障害児入所給付費の対象となる指定障害児入所施設	

児童発達支援・保育所等訪問支援を申請する方で、サービスを利用する児童の他に、兄又は姉(※)がいる場合にはのうえ、その数字を○で囲んでください。
※上のきょうだいとしてカウントされるのは
①世帯の市民税所得割額77,101円以上の場合
保育園、幼稚園、認定こども園、特別支援学校幼稚部、情緒障害児短期治療施設に通っている、または、特例保育、海底的保育事業等による保育を受けている児童(在園証明等を添付してください)
②世帯の市民税所得割額77,101円未満の場合
生計を一つにしている者(申立書を添付してください)

障害児入所給付費(医療型障害児入所施設及び指定医療機関への入所に限る。)を申請する方はにのうえ、年齢を記載してください。

障害児入所給付費(福祉型障害児入所施設への入所に限る。)を申請する方はにのうえ、年齢を記載してください。

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。
関係を確認できる書類を添付して申請してください。
設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる指定障害児入所施設等
設は、障害児入所給付費の対象となる指定障害児入所施設

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)
フリガナ	カナザワ ハナコ	
氏名	金沢 花子	申請者との関係 妻
住所	〒 申請者と同じ	
	電話番号 ()	

備考 該当する□の中にレ印を付けてください。

※市記入欄

確認欄	番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他 ()	代理権確認	法定 ・ 委任状 ・ 本人発行
	本人確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証 (国保 ・ 後期高齢 ・ 介護) ・ 学生証 ・ その他 ()		

申請者以外の方が記入された場合は、こちらにチェック()を入れ、住所・氏名・連絡先・続柄を記入して下さい。