

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

年 月 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。

申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：											
	居住地	〒 -										電話番号 ( )	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ											生年月日	年 月 日
	個人番号：												
身体障害者手帳等級	級	療育手帳等級	A・B	精神障害者保健福祉手帳等級	級	疾病名							
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)											

※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。

のサービス状況等	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										
申請する支援の種類	区分	支援の種類					申請に係る具体的内容					
	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に必要があるときは、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。

申請者氏名  
(署名又は記名押印)

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の合計額が80万円以下のもの 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) に属する者
	<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 <b>※ 在園証明等が必要となります。</b>
	<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します。
	<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 ) を申請します。 <b>※ 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。</b>

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

(注1) 対象施設は、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

(注2) 対象施設は、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		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 - 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 ( )		