

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

記入例

(あて先) 前橋市福祉事務所長

太枠の中をご記入ください

次のとおり申請します。

		申請年月日 令和 5 年 〇 月 〇 日	
申請者	フリガナ	マエバシ タロウ	
	氏 名	前橋 太郎	生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日
	個人番号: ●●●●●●●●●●●●●●●●		
	居 住 地	〒 371-0014 前橋市朝日町三丁目 3 6 - 1 7 電話番号 224-〇〇〇〇	
	フリガナ	マエバシ アサヒ	生年月日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日
	支給申請に係る 児 童 氏 名	前橋 あさひ	続 柄 子
	個人番号: ●●●●●●●●●●●●●●●●		
身体障害者 手帳番号	群馬県 ●●●●●●号	療育手帳 番 号 ●●●●●●号	精神障害者保健 福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等 放課後等デイサービス (施設名 〇〇〇〇〇〇)
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	4 月 2 日を基準として 未就学児のお子さん →児童発達支援 学齢期以降のお子さん →放課後等デイサービス
	☐ 医療型児童発達支援	
	☒ 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	

利用者負担額等を決定するために必要な市民税課税台帳等の照会をすることについて承諾します。

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は必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容、市関係各課における相談・健診記録等の内容及び医師意見書等の全部又は一部を、前橋市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者等に提示することに同意します。

申請者氏名

前橋 太郎

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 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○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 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものすべてに○をつける。) 1. 世帯の市町村民税所得割合算額 77,101 円に該当する場合 (1) 第 2 子に該当する者 (2) 第 3 子に該当する者 2. 未就学児の兄弟が通園(所)施設を利用している場合 (1) 第 2 子に該当する者 (2) 第 3 子に該当する者 ※ 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(下の欄に記入)		
氏 名	前橋 花子	申請者との関係	妻
住 所	〒 申請者に同じ 電話番号 △△△-△△△△-△△△△		

(※) 申請に際しては、市長が別に定める「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

連絡が付きやすい電話番号があればご記入ください。
例) 母の携帯電話など