

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

可児市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

また、負担上限月額を設定するために、私（申請者）及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税の状況等を調査すること並びに、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、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、可児市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

届出者	住所	市・区 町・村		
	氏名			
	電話番号	()	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和			
	氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ		平成 令和	年	月	日
	居住地	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 電話番号				
	個人番号						
	フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
	支給申請に係る 児童氏名			申請者との 続柄			
	個人番号						

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)		
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	
	<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"/> 保育所等訪問支援	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	

主治 医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
		電話番号		

次のとおり減免の申請をします。

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】 (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
	<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】 (あてはまるものに○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
	<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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。