

# 記入例

## 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

猪名川町長 様

次のとおり申請します。

申請書を記入して  
いる日

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	イナガワ ○○	生年月日	昭和○年○月○日
	氏名	猪名川 ○○ 個人番号：1234 5678 9101		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	イナガワ □□	生年月日	平成○年○月○日
	氏名	猪名川 □□ 個人番号：1234 5678 9101	続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)		日中連絡のつく連絡先 (自宅・携帯電話など)		

電話番号

日中連絡のつく連絡先  
(自宅・携帯電話など)

※「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、保険者番号を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	利用中のサービスの種類と内容等
	障害福祉 関係サービス 児童発達支援 計画相談支援

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	児童発達支援 計画相談支援  (契約している相談支援事業所名)
	<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	

記載のある相談支援事業所へ連絡し、サービス利用計画書の作成依頼を行う。

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、通所支援利用計画の内容及び医師意見書の全部又は一部を、猪名川町から指定障害児相談支援センター又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。

本申請に当たり、猪名川町が当該申請を審査するため、世帯構成の確認と生計を一にする者の収入状況について、猪名川町の住民税に関する税務資料、その他の公募資料により確認することに同意します。

猪名川町が、障害福祉サービス費について、事務処理の効率化と平準化を図るため、支払事務を国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」）に委託するため、猪名川町が所有する障害福祉サービス情報である住所・氏名・生年月日・性別・障害区分・障害支援区分・認定有効期間・所得区分・利用サービス状況等について、国保連合会に提供することに同意します。

上記に記入している申請者の名前

令和 年 月 日

同意者氏名 猪名川 ○○

裏面は下方の『申請書提出者』の欄のみ記入をお願いいたします。

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。 (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 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> II 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。

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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		