

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

(あて先) 檜原市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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			
申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
	支給申請に係る児童氏名				
	児童個人番号			続 柄	
身体障害者手帳番号			療育手帳番号		
			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
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	
	☐ 医療型児童発達支援	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 保育所等訪問支援	
☐ 居宅訪問型児童発達支援		

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及び医師意見書の全部又は一部を、檜原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。

申請者氏名

多子軽減に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○をつける)

1. 第2子に該当する者	☐ 通園証明書等
2. 第3子以降に該当する者	

※幼稚園・保育園・こども園・障害児通所支援などに通う児童が、同一世帯に二人以上の場合に記載

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 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(☐ 定率負担減免措置 ☐ 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		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

世帯及び収入状況等申告書

(あて先) 檀原市福祉事務所長

申告年月日

年 月 日

申告者(保護者)住所
(保護者)氏名

※利用者が18歳以上の場合は利用者を申告者とします。

次のとおり申告します。

1. 世帯の状況等について

	個人番号	氏 名	生年月日	年齢	続柄	住民税 (該当に○)
サービス利用者					本人	課税 非課税
世帯主 (生計維持者)						課税 非課税
世帯員						課税 非課税
						課税 非課税
						課税 非課税

※サービス利用者が18歳以上の場合は利用者とその配偶者のみを記載してください。

サービス利用者が18歳以上で、世帯主が利用者(又は配偶者)でない場合は世帯主欄を空欄にしてください。

2. 同意について

障害福祉サービスに関する支給申請をするにあたり、支給決定に必要な情報(住民票並びに世帯構成員の課税状況、年金・手当の受給状況)を利用並びに調査することを同意します。

申告者氏名

3. 世帯構成員の市民税課税状況について(1. の世帯状況で 課税 のある場合のみ記入してください。)

世帯員名	住宅ローンまたはふるさと納税の控除の有無	市民税所得割額
	有 ・ 無	円
	有 ・ 無	円
	有 ・ 無	円
所 得 割 額 計		円

※課税されている世帯員(利用者を含む)のみを記入してください。

※利用者が18歳以上の場合は本人と配偶者で課税のされている者のみ記入してください。

4. 申請者の収入の状況について（施設入所又は療養介護を利用する場合は記載してください。）

収入等の状況

	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等 （障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等 （特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
そ の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
		円
社会保険料		円

5. 申告書提出

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申 請 者	
氏 名		との関係	
住 所	〒		
	電話番号		

（記入上の注意）

- 同意書欄に押印の無い場合は、課税状況のわかる証明を添付してください。なお、市外居住者や転入により榎原市にて課税状況の確認できない方は押印の有無にかかわらず、課税状況のわかる証明を添付してください。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。
- 世帯の範囲は、サービス利用者が18歳以上の場合は本人とその配偶者のみとし、18歳未満の場合は生計を同じくする家族全員（住民票における世帯員全員）となります。したがって、18歳以上で未婚の場合は本人のみとなります。配偶者がいる場合であっても、施設入所等で本人のみの住民登録をしている場合は本人のみとなります。

計画相談支援・障害児相談支援給付費支給申請書 兼 依頼届出書

（あて先）橿原市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
居住地	電話番号 ()		
フリガナ		生年月日	年 月 日
申請にかかる 児童氏名 (利用者が 18 未満の場合)		続柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した事業者 (*事前に事業者に連絡し了承を得た上で記載してください。)

名 称	
所 在 地	電話番号 ()

申請提出者

☐ 申請者本人 ☐ 上記依頼事業者 ☐ 左記以外（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 ()		