

障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額

必ず記入してください

町田市長様

記入例

次のとおり申請します。

申請年月日 20▲▲年 ▲月 ▲日

申請者	フリガナ	マチダ マチオ		生年月日	1900年 0月 0日
	氏名	町田 町男			
	個人番号				
	居住地	〒190-0000 町田市森野0-0-0		電話番号 (042-000-000)	
	フリガナ	マチダ マチ		生年月日	20●●年 ●月 ●日
	支給申請に係る 児童氏名	町田 マチ		続柄	子
	個人番号				
	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	疾病名	
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、肢体不自由児通所医療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	

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

必ず記入してください

障害児支援利用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
する意向聴取の内容及び医
療費等の全部または一部を
相談支援事業者、通所支援
事業者若しくは障害児入所施

該当する項目を記入してください

申請者氏名 町田 町男

主治 医	主治医の氏名	町田 Dr	医療機関名	●●病院
	所在地	〒190-0000 町田市森野■■-■■-■■ 電話番号 (042-■■■■-■■■■)		

申請 する 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 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(□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。
	<input type="checkbox"/> III 災害等による特例給付の申請 下記のいずれかにあてはまるため、特例給付による利用者負担額の軽減又は免除を申請します。 1. 災害等による住宅、家財又はその財産についての損害 2. 世帯の生計を主として維持する者の死亡等による収入の著しい減少

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 ()		

↑
記入してください