

通所給付支給申請書兼  
利用者負担額減額・免除等申請書

申請年月日 令和 年 月 日

木津川市福祉事務所長 宛て

次のとおり申請します。

なお、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、木津川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。

また、利用者負担額の算定にあたって必要となる私及び私と同じ世帯に属する世帯員の個人情報について、木津川市が調査・照会し、関係機関から情報提供を受けることについて同意します。

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（ ） - -		
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	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、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	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	支給希望日数	特記事項
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	日/月	利用予定事業所： 利用開始希望日：
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	日/月	利用予定事業所： 利用開始希望日：
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月	利用予定事業所： 利用開始希望日：
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	利用予定事業所： 利用開始希望日：
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月	利用予定事業所： 利用開始希望日：

(※) 申請者が個人番号の提供をする場合は、番号確認ができるもの（個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写し又は住民票記載事項証明書）及び身元確認ができるもの（個人番号カード、官公署から発行された書類であって写真の表示がされているもの）を提示し、申請を行うこと。

