

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、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					
	居住地	〒 電話番号 ( ) - - -				
フリガナ				生年月日	年 月 日	
支給申請に係る児童氏名						
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	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		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。

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。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 第 2 子に該当する者 2. 第 3 子以降に該当する者 (※) 在園証明書等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 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。

【勘案事項】 支給申請を行う児童の保護者について状況を記入してください。

介護を行う者の 状況	氏名 : 児童との続柄 : 年齢 : 性別 : 男 · 女 心身の状況 : 良 · 不 生活状況等 : (就労状況等を記入)
利用目的	(該当する目的にチェックして下さい) □療育 □療育（医療的ケアを含む） □生活能力向上 □社会交流促進 □集団生活への適応 □その他（ ）

【申請者本人以外が申請する場合】

私は、次の者を代理人として定め、私の個人番号を提供することを委任します。

代理人氏名	印	申請者との関係	
代理人住所	〒 電話番号		

(※) 代理人から個人番号の提供を委任する場合は、代理人の身元確認ができるもの（官公署から発行・発給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、申請者の個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票又は住民票記載事項証明書の写しを添付し、申請を行うこと。