

**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) 甲府市福祉事務所長
次のとおり申請します。

(新規・変更・更新)																																									
申請年月日 令和 年 月 日																																									
申請者	フリガナ		個人番号																																						
	氏名		生年月日		T/S/H/R 年 月 日 (歳)																																				
	居住地		〒		電話番号		-																																		
サービス利用の状況	フリガナ		個人番号																																						
	支給申請に係る児童 氏名		生年月日		H/R 年 月 日 (歳)																																				
	統柄																																								
申請する支援	身体障害者手帳	有・無	療育手帳	有・無	精神障害者保健福祉手帳	有・無	疾病名等(診断名等)																																		
	通所受給者証番号	1 9 2 0 2					生活保護の受給の有無	有・無																																	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 利用中のサービスの種類と内容等 <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。） <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。） <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 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 支援の種類 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 申請に係る具体的内容 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <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。） <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。） <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 </div>																																								
<p>私（共）に係る支給決定に関する事項について、関係部署、官公署、関係機関、関係者等に甲府市福祉事務所長が調査すること及び障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するため必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び児童相談所等の判定意見書若しくは医師の診断書等を、指定障害児相談支援事業者等に資料として提供することに同意します。</p>																																									
<p>申請者氏名 _____</p>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">甲府市使用欄</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>担当</td> <td>係長</td> <td>課長</td> <td colspan="2">(決定)</td> <td colspan="3">チェック欄 入力 確認 発送</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>										甲府市使用欄								年 月 日								担当	係長	課長	(決定)		チェック欄 入力 確認 発送										
甲府市使用欄																																									
年 月 日																																									
担当	係長	課長	(決定)		チェック欄 入力 確認 発送																																				

主治 医 ※	主治医の氏名		医療機関名	
	所在 地	〒	電話番号	— —

- ・かかりつけの医師がいる場合に記入してください。
※いない場合は、『なし』と記入してください。

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

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"/> III 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。

- ・I～IIIについて、申請する認定内容の□にチェックを入れていただき、また、その内で該当するものをマルで囲む又は□にチェックを入れてください。

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	
住 所	〒
	電話番号 — —

- ・申請書を提出する者についてご記入ください。

認定調査に係る希望等	・連絡可能な《曜日・時間帯》 ⇒ ・その他 ⇒
調査の連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請書提出者 <input type="checkbox"/> 申請者本人・申請書提出者以外（下の欄に記入）
氏 名	
住 所	〒
	電話番号 — —

- ・サービスの利用に先立って実施する調査について、希望等を記入してください。