

様式第1号（第3条関係）

児童発達通所給付費・児童発達相談支援給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

波佐見町長 様

次のとおり申請し、町が必要と認める場合に限り、私と私の世帯の所得状況について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------|---|-------------|-------|----------|---------------|---|---|---|
| 申請者 | フリガナ | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 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 | | | 続柄 | 生年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 支給申請に係る児童氏名 | | | | 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 | | | |
| 被保険者証の記号及び番号(※) | | | 保険者名及び番号(※) | | | | | | |
| 主治医(※) | 主治医の氏名 | | | 医療機関名 | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | — | 電話番号 | — | — | | | |

※「被保険者証の記号及び番号」「保険者名及び保険者番号」欄及び「主治医」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 | 福祉関係サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 | |
| | | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 | (日/月) |
| | | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 | (日/月) |
| | | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | (日/月) |
| | | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | (日/月) |

| 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"/> 保育所等訪問支援 | |
| <input type="checkbox"/> 児童発達相談支援（事業所名： ） | <input type="checkbox"/> セルフプラン（申請者等が計画） | |

児童発達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、波佐見町から指定相談支援事業者、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

Ⓜ

| | |
|-----------|---|
| 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(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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。 |

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|-------|--|--|--|---------|--|-------|
| 要件確認 新規申請の場合のみ | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神保健福祉手帳所持している <input type="checkbox"/> 特別支援学校又は特別支援学級に在籍している <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当又は特別児童扶養手当を受給している <input type="checkbox"/> 上記には当てはまらないが、以下機関(病院、学校、保育所等)から利用を勧められた | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">機 関 名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>担 当 者 名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td>連 絡 先</td> <td></td> </tr> </table> <p>※サービス利用の必要性を判断するにあたり、上記機関へ意見を求めることがあります。</p> | 機 関 名 | | | | 担 当 者 名 | | 連 絡 先 |
| 機 関 名 | | | | | | | | |
| 担 当 者 名 | | 連 絡 先 | | | | | | |

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 | | 申請者との関係 | |
| 住 所 | 〒 — | 電話番号 | — — |