

**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
【 記 入 例 】**

表

〈 ご記入にあたって 〉

- ★申請書は両面になっています。裏面の記入漏れが無い様をお願いいたします。
- ★太枠網掛け部分は、全ての項目に漏れなくご記入ください。それ以外は該当するものがある場合のみご記入ください。
- ★留意点等は、該当箇所の吹き出しに記載しています。内容をご確認いただき、ご記入ください。

様式第1号

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

西東京市長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	個人番号																		
	氏名	生年月日																		
	居住地	〒 電話番号																		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	個人番号																		
	生年月日																			
		続柄																		
児童障害者 手帳番号	障害者 番号	福祉障害者 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																		
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、西東京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。																				
申請者氏名																				

上部の申請者欄には保護者の方の情報をご記入いただき、下部の児童氏名欄に、サービスをご利用する児童の情報をご記入ください。

更新したいサービスを以下の中から選択してください。

利用されるサービスの支給量はこちらにご記入ください。
例) 23日/月

※放課後等デイサービスをご利用される場合、支給量は一律 23/月になります。

上部の申請者氏名(保護者名)をこちらにご記入ください。

★裏面へ

**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
【 記 入 例 】**



《 ご記入にあたって 》

- ★申請書は両面になっています。裏面の記入漏れが無い様をお願いいたします。
- ★太枠網掛け部分は、全ての項目に漏れなくご記入ください。それ以外は該当するものがある場合のみご記入ください。
- ★留意点等は、該当箇所の吹き出しに記載しています。内容をご確認いただき、ご記入ください。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名
	所在地	〒 _____ 電話番号	

※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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <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。

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		

《 家族状況の確認 》

利用者が 18歳未満の場合	<input type="checkbox"/> 単身赴任中の保護者あり(氏名: _____ 生年月日: _____. _____. _____.) ⇒ 1/1時点の住民票上の市区町村名: _____ ※1月～6月中のサービス開始日の場合は、前年1/1時点の住民票上の市区町村	<input type="checkbox"/> なし
------------------	---	-----------------------------

Iは、該当箇所が分からない場合には未記入でも構いません。以下のII～IIIについては、該当する場合にご記入ください。
 II⇒サービス利用者が第2子であり、条件に合致する場合
 III⇒生活保護移行予防措置の認定を申請する場合
※記入を失念してしまった場合でも職員にて必ず減免対象か否かは確認いたしますので、ご安心ください。

表面上部の申請者本人以外が記入した場合には、提出者情報をご記入ください。
 申請者本人の場合には、チェックのみになります。

ご家族の状況について、該当するものをご記入ください。