

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  
(葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金申請書)

葛飾区長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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		
	氏名						
	個人番号			続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳(愛の手帳)番号		精神障害者保健福祉手帳番号		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、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	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	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	
相談	<input type="checkbox"/> 相談支援事業	*事業所 ( )

同意書

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、葛飾区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、障害福祉サービスと障害児サービスの調整のため関係各課に障害支援区分、支給期間及び支給決定内容を提示することに同意します。

※(葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金利用者のみ) サービスを提供した事業所等が私に代わって受領することに同意します。

申請者氏名

主治医	主治医氏名		医療機関名	(診療科名)
	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. 区民税非課税世帯に属する者 3. 区民税課税世帯(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 ※ 在園証明等が必要となります。 但し、小学校就学前児童 第1子通園先( ) 第2子通園先( )
	<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		

《区使用欄》

番号確認	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳の確認 5 その他( )	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート 4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳 6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他( )	委任確認	1 委任状 2 戸籍謄本 3 住基確認	担当

# 記入見本

(様式第1-1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

葛飾区長 あて

次のとおり申請し

世帯主の氏名・個人番号・生年月日・住所・電話番号をご記入ください。

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		
	フリガナ	サービスを利用する児童氏名・個人番号・生年月日					日
	支給申請に係る児童氏名	続柄					
	個人番号						
身体障害者手帳番号		療育手帳(愛の手帳)番号		精神障害者保健福祉手帳番号		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、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	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
		利用中のサービスをご記入ください。

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	今回希望する支援に☑をしてください。  利用事業所名、希望する日数をご記入ください。 例) ○○事業所 3日/週 または 15日/月

相談	<input type="checkbox"/> 相談支援事業	*事業所 ( )
----	---------------------------------	----------

相談支援事業所と契約している場合は☑をして、相談支援事業所名をご記入ください。

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葛飾区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、また、障害福祉サービスと障害児通所支援サービスとの連携を図ることに同意します。

※(葛飾区療育施設利用乳幼児保健指導)サービスを提供した事業所等が私に代わって受領することに同意します。

内容をご確認のうえ、申請者氏名を忘れずにご記入ください。

申請者氏名

主治医	主治医氏名	医療機関名	(診療科名)
	所在地	〒	電話番号

主治医がいる場合はご記入ください。

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、この欄を空欄とする。) 1. 生活保護受給世帯 2. 区民税非課税世帯に属する者 3. 区民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者	該当する項目に☑をしてください。 1・2・3のいずれかに○をしてください。 ご不明な場合は、○をしなくて結構です。 ※区民税の確認が必要となります。 確認できない場合はサービスが利用できません。
	<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、この欄を空欄とする。) 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。 但し、小学校就学前児童 第1子通園先( ) 第2子通園先( )	
	<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。	

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		

《区使用欄》

番号確認	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳の確認 5 その他( )	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート 4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳 6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他( )	委任確認	1 委任状 2 戸籍謄本 3 住基確認	担当