

児童通所支援支給等申請書 〔 障害児通所給付費・障害児相談支援給付費支給申請書 兼利用者負担額減額・免除等申請書兼収入等申告書 〕					職員記入欄(記入不要)						
					新規 変更 更新(月切れ)						
					【 セ 計 併 額 】						

八王子市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

受給者証番号		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:		電話番号							
	居 住 地	〒									
フリガナ				生年月日	年		月		日		歳
支 給 申 請 に 係 る											
児 童 氏 名		個人番号:		続 柄							
障害等の種別		☐ 身体障害 ☐ 知的障害		☐ 精神障害		☐ 左記以外					

申 請 す る サ ー ビ ス	①・②のどちらか当てはまるものに印をつけてください。				
	☐ ①現在利用しているサービスを継続して利用したい(以下の項目は選択不要です。)				
	☐ ②次のサービスを新たに利用したい(利用したいサービスに印をつけ、利用事業所名等を記載して下さい。)				
	支援の種類		利用事業所名	月の利用日数	利用開始日
	☐ 児童発達支援			日	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援			日	
	☐ 放課後等デイサービス			日	
☐ 保育所等訪問支援			日		
相談支援 ☐ 児童相談支援					

児童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、サービスの利用状況、サービスの利用に関する意向聴取の内容、障害の種類や程度に係る調査内容を、八王子市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者、児童入所施設の関係人に提示することに同意します。

この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することを承諾します。

申請者氏名 _____



《裏面もご記入ください》

申請する減免の種類	利用者負担上限月額認定について、下記の区分の適用を申請します。									
	☐ 生活保護受給世帯		☐ 非課税世帯		☐ 課税世帯 (所得割額の合計が28万円未満の者)		☐ 課税世帯 (左記以外の者)		☐ 不明 (貴職での確認を希望)	
	生活保護への移行予防措置を							※ 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。		
	申請する減免の種類	多子軽減措置	多子軽減措置(未就学児のみ対象)の適用を ※支給申請に係る児童が第何子に該当するかご記入ください。※在園証明書等が必要な場合があります。							
			☐ 第2子 ☐ 第3子 ☐ その他()							
申請する減免の種類	無償化	多子軽減措置の対象となる施設とは・・・ 幼稚園、特別支援学校の幼稚部、保育所、情緒障害児短期治療施設、認定こども園 障害児通所支援(児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援)								
		児童発達支援等に係る障害児通所給付費の給付の特例 ※小学校就学前の児童に係る通所給付決定保護者に対する障害児通所給付費(児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援及び保育所等訪問支援に係るものに限る)の額について、その額を								
世帯の状況等	☐ 住民票と同じ ☐ 住民票と異なる場合は、世帯全員を以下に記入してください									
		氏名	生年月日	年齢	関係	同居/別居	※上記に通園している未就学児がいる場合、 ☒ 通園先を記入してください。	(別居の場合のみ) 住所及び個人番号		
	本人									
	保護者					同居/別居		住所:		
						同居/別居		住所:		
	世帯員			歳		同居/別居		住所:		
				歳		同居/別居		住所:		
				歳		同居/別居		住所:		
				歳		同居/別居		住所:		
				歳		同居/別居		住所:		
	申請書提出者		☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)							
	フリガナ		続柄	住所						
氏 名			電話番号							

(記入上の注意)

サービスの申請に必要な書類については、この申請書に必ず添付してください。また、書ききれない事項がある場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。不実の申告をした場合、関係法令により処罰されることがあります。