

児童通所支援支給変更等申請書

〔 障害児通所給付費・障害児相談支援給付費支給変更申請書
兼利用者負担額減額・免除等変更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)

【 七 計 併 】

八王子市福祉事務所長 様

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	個人番号:	生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名			昭和 平成	
申請者	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	平成	年 月 日 歳
	児童氏名		続柄		
障害等の種別		<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 左記以外
利用状況	障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			
	児童通所支援等				
変更の理由					

申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容 (希望する支給量等)
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援	
	<input type="checkbox"/>	医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/>	居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/>	放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/>	保育所等訪問支援	
相談支援	<input type="checkbox"/> 児童相談支援	※「放課後等デイサービス」以外のサービスを申請する未就学児の場合、裏面の多子軽減措置についても記入してください。	

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 》

利用者負担上限月額の設定について、下記の区分の適用を申請します。

<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯 (所得割額の合計が28万円未満の者)	<input type="checkbox"/> 課税世帯 (左記以外の者)
-----------------------------------	--------------------------------	---	---

生活保護への移行予防措置を申請します。 ※ 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。

多子軽減措置 (未就学児のみ対象) の適用を申請します。
※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()

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、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援)

世帯員について以下に記入すること。
※上記多子軽減措置の対象となる施設に通園(通所)している場合は、通園(通所)先を記入してください。
※児童と生計を同一にする世帯員については、同居・別居に関わらず全て記入してください。

	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、 <input checked="" type="checkbox"/> 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
世帯の状況等	本人						
	保護者				同居/別居		住所: 個人番号:
					同居/別居		住所: 個人番号:
	世帯員			歳	同居/別居	<input type="checkbox"/>	住所: 個人番号:
				歳	同居/別居	<input type="checkbox"/>	住所: 個人番号:
			歳	同居/別居	<input type="checkbox"/>	住所: 個人番号:	
			歳	同居/別居	<input type="checkbox"/>	住所: 個人番号:	
			歳	同居/別居	<input type="checkbox"/>	住所: 個人番号:	

【医療型児童発達支援】を申請する場合、「被保険者証の記号及び番号」及び「保険者名及び番号」を記入してください。

被保険者証の記号及び番号	保険者名及び番号
--------------	----------

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。

(備考)

児童発達支援・医療型児童発達支援・居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援の利用者負担が無償化になります。
※無償化の対象期間は「満3歳になった後、最初に迎える4月1日から3年間」です。