

記入見本

(様式第1号)

児童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

(宛先) 箕面市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	申請者の氏名		生年月日	昭和・平成57年10月10日		
	氏名	個人番号: 123456789012					
	居住地	〒562-0014 箕面市萱野〇-×-△△△号室		電話番号	・携帯番号 ・固定電話番号		
	フリガナ	利用児童の氏名		生年月日	令和5年10月10日		
	支給申請に係る児童氏名	個人番号: 987654321098		続柄	子		
身体障害者手帳番号	お持ちの方番号記入	療育手帳番号	お持ちの方番号記入	精神障害者保健福祉手帳番号	お持ちの方番号記入	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	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 障害福祉関係サービスをご利用の場合 短期入所 移動支援 日中一時支援 居宅介護 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 (就学前)		・〇〇事業所 ... × 日/月 ・△△事業所 ... × 日/月 ・□□事業所 ... × 日/月 計 ×× 日/月
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (就学前)		
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (小1~高3)		
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 (0歳~高3)			

私は、利用者負担上限額等を決定するために必要な場合、箕面市長が私及び私と同一世帯にあるものの所得及び資産について調査することに同意します。また、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な場合、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、箕面市から指定児童相談支援事業者、通所支援事業者若しくは児童入所施設の関係人及び転出先の市町村に提示すること、並びに箕面市が転入前の市町村から取り寄せることに同意します。

申請者(保護者)氏名

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名	医療機関名	
	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. 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 窓口にて職員が直接 確認いたします。 </div>
	<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"/> II 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	

※申請者と異なる場合は記入して下さい。