

（表面）

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

鹿児島市長 殿

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

【同意欄】児童通所給付費の利用者負担額の減額・免除等の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、閲覧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があるときは、通所支援の利用に関する意向確認の内容及び医師意見書等の全部又は一部を、鹿児島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（署名又は記名押印）

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			生年月日	年 月 日		
	支給申請に係る児童氏名	個人番号：			続柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		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	
		・種類（ ）期間（ 年 月 日～ 年 月 日） 支給（利用）量（ /月）事業者名（ ） ・種類（ ）期間（ 年 月 日～ 年 月 日） 支給（利用）量（ /月）事業者名（ ） ・種類（ ）期間（ 年 月 日～ 年 月 日） 支給（利用）量（ /月）事業者名（ ）	
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		利用希望 日/月	

(裏面)

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。 (当てはまるものに○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。 (当てはまるものに○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(□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		