

# 記入見本

記入漏れが多い箇所です。

障がい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

藤沢市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 0年0月0日

申請者	フリガナ	フジサワ タロウ		生年月日	昭和56年6月6日	
	氏名	藤沢 太郎		個人番号		
	居住地	〒 251-0054 藤沢市朝日町1-1				
		電話番号		-		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	フジサワ ジロウ	続柄	生年月日	平成27年5月5日	
		藤沢 次郎	子	個人番号		
身体障がい者 手帳番号		障害手帳番号	00000000		精神障がい者 身体福祉 手帳番号	
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と。

印字内容を確認してください。  
訂正があれば二重線で訂正し余白に記入してください。  
(個人番号は記入不要)

★お忘れなく記入してください。

サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等 (みどりいろ)	(ももいろ)
	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 他( )
申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)	申請日数 月____日  (更新の場合) 日数・サービスに変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。)	
	<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		

通所以外のサービスを利用している場合や、相談支援事業所を利用している場合は記入してください。

更新を希望するものにチェックしてください。  
※児童発達支援は一番上をチェックしてください。

更新後の日数・サービスについてです。  
現在の内容と同じでよい場合は、下部の「なし」にチェックしてください。異なる日数を希望する場合は「あり」にチェックし、上部に希望日数を記入してください。(見込み可)

★お忘れなく記入してください。

※※ 裏面下部にも記入欄があります ※※

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		