

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 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日								
	氏名		個人番号								
	居住地	〒									
フリガナ			続柄		生年月日						
支給申請に係る児童氏名					個人番号						
身体障がい者手帳番号		療育手帳番号		精神障がい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ること。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等	
		(みどりいろ) <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 他 ()	(ももいろ) <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 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			

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（の変更）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
	<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 ※ 在園証明等が必要になります。
	<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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）（の変更）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			