

## 障害児通所給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

宇都宮市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

|               |                    |             |  |               |       |  |
|---------------|--------------------|-------------|--|---------------|-------|--|
| 申請者<br>(保護者)  | フリガナ               |             |  | 生 年 月 日       | 年 月 日 |  |
|               | 氏 名                | 個人番号：       |  | 月 日           | 年 月 日 |  |
|               | 居 住 地              | 〒<br>宇都宮市   |  | 電話番号          |       |  |
|               | フリガナ               |             |  | 生 年 月 日       | 年 月 日 |  |
|               | 支給申請に係る<br>児 童 氏 名 |             |  | 続 柄           |       |  |
| 身体障害者<br>手帳番号 |                    | 療育手帳<br>番 号 |  | 精神障害者<br>手帳番号 | 疾病名   |  |

※医療型児童発達支援利用の場合のみ記入

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

| 申請する<br>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      | 利用する事業所名：       |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 居宅訪問型児童発達支援 | 支給量： 日/月 ( 日/週) |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 医療型児童発達支援   | 利用する事業所名：       |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 放課後等デイサービス  | 支給量： 日/月 ( 日/週) |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 保育所等訪問支援    |                 |  |

|               |               |  |  |
|---------------|---------------|--|--|
| 利用状況<br>サービスの | 相談支援          | <input type="checkbox"/> 無 (セルフプラン) ・ <input type="checkbox"/> 有 (相談支援事業所名 ) |  |
|               | 上限額管理         | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (上限額管理事業所名 )         |  |
|               | 障がい福祉<br>サービス | <input type="checkbox"/> 短期入所<br><input type="checkbox"/> 居宅介護               | <input type="checkbox"/> 同行援護<br><input type="checkbox"/> 行動援護<br><input type="checkbox"/> 地域生活支援<br>(日中一時支援, 移動支援)<br><input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 |

|        |  |                   |
|--------|--|-------------------|
| 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           |
|        | 居住地  | 〒<br>宇都宮市<br>電話番号 |

|     |           | 氏 名  | 生年月日 | 児との<br>関係 | 職 業<br>就学や就園状況 | 受給者証の有無 |        |
|-----|-----------|------|------|-----------|----------------|---------|--------|
|     | 家族の<br>状況 | 利用児童 |      |           | 本人             |         |        |
| 世帯主 |           |      |      |           |                | 無 有( )  |        |
| 世帯員 |           |      |      |           |                |         | 無 有( ) |
|     |           |      |      |           |                |         | 無 有( ) |
|     |           |      |      |           |                |         | 無 有( ) |
|     |           |      |      |           |                |         | 無 有( ) |
|     |           |      |      |           |                |         | 無 有( ) |
|     |           |      |      |           |                |         | 無 有( ) |

※別世帯に生計を同一とする者がいる場合、その方の氏名も記入してください。(単身赴任等)

|                   |   |
|-------------------|---|
| 申請する<br>減免の<br>種類 | <input type="checkbox"/> I 多子軽減措置に関する認定<br>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。)<br>1. 第2子に該当する者<br>2. 第3子以降に該当する者<br>※ 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<br>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。<br>※ 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。 |

※IもしくはIIに該当する場合、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

|     |              |  |       |  |
|-----|--------------|--|-------|--|
| 主治医 | 氏 名          |  | 医療機関名 |  |
|     | 医療機関の<br>所在地 |  |       |  |

※主治医がいる場合は、記入してください。

|  |   |
|--|---|
| 同 意 書  |   |
| (あて先) 宇都宮市長  |   |
| 障がい児通所給付費等の支給申請にあたり、次の事項について同意します。   |   |
| ① 利用者負担額算定のため、私及び私の属する世帯員の収入、課税状況を確認することに同意します。  |   |
| ② 障がい児通所支援を利用するために必要があるとき(契約前の調整段階も含む)は、通所給付決定に係る調査内容等を指定障がい児通所支援事業者(または基準該当通所支援)、指定医療機関、関係行政機関、指定障がい児相談支援事業者等に提示することに同意します。 |   |
| ③ 障がい児通所給付費、肢体不自由児通所医療費、障がい児相談支援給付費等を指定障がい児通所支援事業者等に代理受領させることに同意します。   |   |
| 年 月 日  | 申請者氏名： <span style="float: right;">印</span> |
| (代筆者氏名： <span style="float: right;">申請者本人との関係： )</span>  |   |

個人情報の取扱いについて

宇都宮市においては、宇都宮市個人情報保護条例に則り、本市が知り得た個人情報について、上記の目的以外に使用することは一切ありません。