

障害児通所給付費・障害児相談支援給付費支給申請書兼  
利用者負担額減額・免除等申請書

記載例

高岡市社会福祉事務所長

次のとおり申請します。

保護者の氏名を記入してください。

個人番号（マイナンバー）を  
記入してください。

申請年月日 令和 十 〇月 〇日

申請者	フリガナ	タカオカ タロウ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	高岡 太郎	生年月日	昭和・平成 60年1月1日
	居住地	高岡市広小路7番50号 電話番号 0766-20-1369		
	フリガナ	タカオカ トシナガ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
支給申請に係る 児童氏名	氏名	高岡 利長	生年月日	平成 令和 5年1月1日
			続柄	子
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	富山県第〇号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名

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	障がい者手帳に記載の番号を記入してください。
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	申請する「支援の種類」にチェックをつけてください。	
	<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		
<input checked="" type="checkbox"/> 障害児相談支援			

申請者以外の 生計同一者 ※記載欄が不足する 場合は欄外に記載 ください。	氏名	続柄	個人番号
	高岡 花子	妻	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

同一世帯の方全員の氏名（18歳以上のみ）、  
申請者からみた続柄、個人番号を記入してください。  
※単身赴任等により同一世帯ではない場合でも、生計を  
同一にしている方がいる場合は、該当する方のお名前も  
ご記入ください。

同意内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害児支援利用計画の意向聴取の内容及び支援事業者、通所支援</li> <li>高岡市社会福祉事務所から申請者の属する世帯（生計同一者含む）の収入等に応じて利用者負担の上限月額を認定するにあたり、児童福祉法第57条の4第1項の規定に基づき、申請者及び申請者と生計を同一とする者の世帯状況・収入等状況について調査を行うことに同意します。</li> </ul>	支援の利用に関する指定障害児相談支援
------	--	--------------------

保護者の氏名を記入してください。

申請者氏名 高岡 太郎

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〇〇市〇〇	定期的に通院されている病院があれば記入してください。	
			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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。 (あてはまるものに〇をつける。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(所得が一定以下)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。 (あてはまるものに〇をつける。) 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(生活保護受給者に対する措置、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。

記入不要

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	高岡 花子	申請者との関係	妻
住所	高岡市広小路7番50号		電話番号 0766-20-1369

申請書を提出される方の氏名を記入してください。  
(申請者本人が提出される場合は記入不要)