

(児第1号)

## 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



川西市長 様

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                          | 昭・平 年 月 日                                           |  |  |  |  |  |  |
|                 | 氏名               |                      |                      |                      |                      |                      |                               |                      |                      |                      |                      | フリガナ                          |                                                     |  |  |  |  |  |  |
|                 | 個人番号             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 配偶者氏名                         |                                                     |  |  |  |  |  |  |
|                 | 居住地              | 〒                    |                      |                      |                      |                      |                               |                      |                      |                      |                      | 固定電話：<br>携帯電話(父)：<br>携帯電話(母)： |                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 支給申請に係る児童氏名     | フリガナ             |                      |                      |                      |                      |                      |                               |                      |                      |                      |                      | 生年月日                          | 平・令 年 月 日<br>申請日時時点で( )歳<br>未就学・小学校・中学校・高校<br>( )年生 |  |  |  |  |  |  |
|                 | 個人番号             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 続柄                            |                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳番号等      | 番号<br>等級<br>障害内容 |                      |                      |                      |                      | 療育手帳番号等              | 番号<br>等級<br>次回判定年月<br>平・令 年 月 | 精神障害者保健福祉手帳番号等       |                      | 番号<br>等級<br>1・2・3    | 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、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

|            |                                                           |  |                           |  |
|------------|-----------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| 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<br>児童発達支援 日/月 放課後等デイサービス 日/月 保育所等訪問支援 日/月 |  |                           |  |
| 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                           |  | 児童発達支援／放課後等デイサービス 日/月     |  |
|            | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援                        |  | 医療型児童発達支援／居宅訪問型児童発達支援 日/月 |  |
|            | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                      |  | 保育所等訪問支援 日/月              |  |
|            | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス                       |  | (強度行動障害の認定 有 ・ 無)         |  |
|            | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援                         |  |                           |  |

## — 同意書 —

●障害児支援利用計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、川西市から指定障害児相談支援事業者、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。

●私が属する世帯の範囲および世帯の収入状況について、川西市が調査することに同意します。

申請者(保護者)氏名

※自署又は記名押印

## こども支援課確認欄

- ① 申請内容 新規・更新・サービス追加・負担額変更  
② 期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  
③ 負担上限月額 0円・4600円・37200円  
④ 上限額管理事業所  
⑤ 複数児 該当 ・ 非該当

↓未就学児のみ(基本は児童発達支援)

- ⑥ 多子軽減 非該当・第2子・第3子以降  
範囲拡大 該当・非該当  
通園証明書 要・不要  
⑦ 医師意見書 小学・中学・高校 年生  
⑧ 個別サポート加算 該当 ・ 非該当

|            |        |               |       |  |
|------------|--------|---------------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名 |               | 医療機関名 |  |
|            | 所在地    | 〒<br><br>電話番号 |       |  |

|                                   |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請<br>する<br>減<br>免<br>の<br>種<br>類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市町村民税非課税世帯に属する者<br>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<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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"/> 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<br>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)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。 |

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     | 〒<br><br>電話番号                                                           |         |  |