

様式第4号(第4条関係)

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

年 月 日

(宛先)加賀市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ					生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号							
	住所	〒 電話番号							
フリガナ						生年月日	年 月 日		
支給申請に係る児童氏名		個人番号				続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名			
被保険者証の記号及び番号(※)					保険者名及び保険者番号(※)				

※欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス		
	申請	支援の種類	申請に係る具体的内容
	請	☐ 児童発達支援	
	す	☐ 医療型児童発達支援	
	る	☐ 放課後等デイサービス	
支援		☐ 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	1 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。(該当するものに○を付けてください。該当がない場合は空欄としてください。) (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
	2 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。(該当するものに○を付けてください。) (1) 第2子に該当する者 (2) 第3子以降に該当する者 ※保育園等に在園していることを証する書類が必要となります。
	3 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置又は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(定率負担減免措置又は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。

注意 事実関係を確認できる書類を添付すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(次の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

同意書

- 1 障害児通所給付費の利用者負担額の決定にあたり、児童福祉法第57条の4に基づき、市が利用者及び利用者と生計を同一にする者に係る収入及び資産状況を調査すること
- 2 事業者・施設がサービスを提供するにあたり必要があるときは、市が利用者の健康状態等、障害福祉サービス費の支給決定のために調査した内容および判定結果について、事業者、施設、主治医意見書を記載した医師、または調査に従事した調査員に対し情報提供すること
- 3 サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービスの利用意向聴取の内容、市審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、加賀市から指定特定相談支援事業所、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示すること

以上について、同意します。
令和 年 月 日

(宛先) 加賀市長

申請者 住所

氏名 ㊦

同一世帯者（※）

氏名 ㊦

（利用者との続柄 ）

氏名 ㊦

（利用者との続柄 ）

氏名 ㊦

（利用者との続柄 ）

氏名 ㊦

（利用者との続柄 ）

※同一世帯者：18歳未満・・・保護者の属する住民票の世帯員全員
18歳以上・・・配偶者のみ