

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

米子市長 殿

提出日をご記入ください。

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

受給者証番号

申請者	フリガナ	ヨナゴ ネギタ	生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	氏名	米子 ネギ太			
居住地	個人番号:	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		電話番号 〇〇-〇〇〇〇 【携帯電話も可】	
		米子市加茂町1丁目1番地			
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	ヨナゴ ネギボ	生年月日	平成●●年●●月●●日	
		米子 ネギボ	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。

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等 「放課後等デイサービス 〇〇日/月」等 現在ご利用のサービスの内容をご記入ください。	
		該当するものにチェックをしてください。	
申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援	
	<input type="checkbox"/>	医療型児童発達支援	
	<input checked="" 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		

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、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、米子市から指定障害児相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

氏名をご記入ください。

申請者氏名 米子 ネギ太

裏面もあります。

主治医(※)	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	電話番号

**今回は記入の必要はございません。**

**各項目に該当される場合は□に  
✓をつけ、該当する番号に○を  
つけてください。**

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○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 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。

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	

**いずれかに✓をし、申請書提出者が申請者本人以外の場合、  
氏名・住所等をご記入ください。**