

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

今治市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 ○○年 ○○月 ○○日

申請者	フリガナ	イマバリ タロウ		生年月日	○○年 ○○月 ○○日	
	氏名	今治 太郎		個人番号	○○○○○○○○○○○○○○	
	居住地	〒794-8511 今治市別宮町一丁目4番地1		電話番号	(0898) 36-1527	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	イマバリ イチロウ		生年月日	○○年 ○○月 ○○日	
	氏名	今治 一郎		続柄	子	
個人番号	○○○○○○○○○○○○○○		身体障害者手帳番号	療育手帳番号	愛媛県福支第○○○号	精神障害者保健福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)			疾病名

※「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、医療型児童発達支援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	利用中のサービスがあれば記入してください。 ※新規の方は記入不要
	申請する支援	支援の種類	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		月10日利用
	<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		

利用したいサービスをチェックし、利用希望日数などを【申請に係る具体的内容】欄へ記入してください。

るために必要があるときは、通所支援の利用に関する、今治市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事に同意します。

申請者氏名 今治 太郎

署名または記名・押印をしてください。

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	<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。いづれにも当てはまらない場合は空欄にすること。) 1. 生活保護 2. 市町村民生 3. 市町村民生
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減 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( <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。 ※ 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

代理の方が提出する場合は、お名前などを記入してください。

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)
氏名	今治 花子
住所	〒794-8511 今治市別宮町一丁目4番地1
申請者との関係	妻
電話番号 (0898) 36-1527	