別記様式第７号（第１２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

（宛先）和歌山市福祉事務所長

　　　　　（和歌山市保健所長）

　次のとおり申請します。

申請年月日　　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | 　 | 生年月日 | 昭和　　　平成　　　年　　月　　日令和歳 |
| 氏名 | 　個人番号： |
| 居住地 | 〒 電話番号　０７３（　　　）　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 平成令和　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　歳 |
| 支給申請に係る児童氏名（１８歳未満） | 個人番号： |
| 続　柄 | 　 |
| 身体障害者手帳番号 | 和歌山第　　　号 | 療育手帳番号 | 和歌山第　　　号 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 和歌山第　　　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、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　□居宅介護　 □同行援護　 □行動援護　 □短期入所　 □計画相談　□移動支援　 □日中一時支援　□児童発達支援　□医療型児童発達支援　　□放課後等デイサービス　□保育所等訪問支援 |
| 申請する支援 | 支援の種類 | 申請に係る具体的内容 |
| □児童発達支援 | 　 |
| □医療型児童発達支援 |
| □放課後等デイサービス |
| □保育所等訪問支援 |

　障害児支援利用計画又は通所支援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、和歌山市が指定障害児相談支援事業者、

通所支援事業者又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。

申請者氏名　　　　　　　　１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □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。　　　　（当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は未記入とすること。）　　　　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 |
| □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。　　　　（当てはまるものに○を付ける。）　　　　１　第２子に該当する者　　　　２　第３子以降に該当する者　　　　※　通園証明書を添付すること。 |
| □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を添付すること。 |

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 | 　□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| 氏名 | 　 | 申請者との関係 | □夫　□妻　□父　□母□事業所　□その他（　　　　　　） |
| 住所 | 〒６４　　－　　　　　　　　　　　　□同上　　和歌山市　電話番号　０７３（　　　）　　　　　 |

別記様式第７号（第１２条関係）

記入例

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

（宛先）和歌山市福祉事務所長

　　　　　（和歌山市保健所長）

　次のとおり申請します。

申請年月日　　　〇〇年〇〇月〇〇日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | 　　わかやま　たろう | 生年月日 | 平成　　　令和　〇〇年１１月２７日〇〇歳 |
| 氏名 | 和歌山　太郎　個人番号：000000000000 |
| 居住地 | 〒６４０ －　８１４６本人、保護者以外の方が記載する場合、個人番号は記載しないでください。 和歌山市一番丁３電話番号　０７３（　４３５　）1060　　　　 |
| ふりがな | 　わかやま　いちろう | 　生年月日 | 平成令和〇〇年１２月２１日〇〇歳 |
| 支給申請に係る児童氏名（１８歳未満） | 　和歌山　一郎個人番号：00000000000 |
| 続　柄 | 　子 |
| 身体障害者手帳番号 | 和歌山　市第●●号 | 療育手帳番号 | 和歌山　市第●●号 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 和歌山第　　　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、医療型児童発達支援

を申請する場合記入すること。

使っているサービスがあればチェックしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　□居宅介護　 □同行援護　 □行動援護　 ☑短期入所　 □計画相談　□移動支援　 □日中一時支援　□児童発達支援　□医療型児童発達支援　　☑放課後等デイサービス　□保育所等訪問支援 |
| 申請する支援 | 支援の種類 | 申請に係る具体的内容更新したいサービスをチェックして、利用したい日数を書いてください。 |
| □児童発達支援 | 　２３日 |
| □医療型児童発達支援 |
| ☑放課後等デイサービス |
| □保育所等訪問支援 |

　障害児支援利用計画又は通所支援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、和歌山市が指定障害児相談支援事業者、

通所支援事業者又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。

申請者氏名　和歌山　太郎

裏面へ進んでください

１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □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。　　　　（当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は未記入とすること。）です　　　　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 |
| □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。　　　　（当てはまるものに○を付ける。）　　　　１　第２子に該当する者　　　　２　第３子以降に該当する者　　　　※　通園証明書を添付すること。 |
| □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を添付すること。 |

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 | 　□申請者本人　　☑申請者本人以外（下の欄に記入） |
| 氏名 | 計画相談支援事業所丸々 | 申請者との関係 | □夫　□妻　□父　□母☑事業所　□その他（　　　　　　） |
| 住所 | 〒６４０　－　８５１１　　　　　　　　　　　□同上　　和歌山市七番丁２３番地　電話番号　０７３（　４３１　）２８４０　 |

代理の場合、お名前等を記入してください。