**児**

障害児通所給付費・介護給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

＜１８歳未満用＞

年　　　月　　　日

年　　　月　　　日

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

新規・変更・更新（該当するものに〇）

糸魚川市長　　　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 | | 大正 昭和  平成 令和 | | | |
| 氏名 | | 個人番号： | | | |
| 電話番号 | |  | | | |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | | 平成 令和 | | | |
| 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 | |  | | | 難病名 |  |
| 被保険者証の記号及び番号  ※肢体不自由児通所医療のみ記入 | | | | 記号 | | 保険者名及び番号  ※肢体不自由児通所医療のみ記入 | | | | 保険者名 | | |
| 番号 | | 番号 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請する支援 | □ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に  対して治療を行うものを除く。） | 申請に係る具体的内容（利用日数・利用開始日等） |
| □ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に  　対して治療を行うものに限る。） |
| □ 放課後等デイサービス |
| □ 居宅訪問型児童発達支援 |
| □ 保育所等訪問支援 |
| □ 短期入所 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| □ 計画相談支援　　新規・変更・更新・終了（該当するものに〇）  事業所名　□ こまくさ　　　□ みずほ　　　□　めだか園　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □　セルフプラン | | |

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 電話番号 | | |

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、糸魚川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。また、障害福祉サービスの支給認定に必要な所得状況等の調査について同意します。

申請者氏名

世帯の状況等について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 生年月日 | 利用者との関係 | 市町村税の状況 |
| 利用者 |  |  | 本人 | □課税　□非課税 |
| 世帯員 |  |  |  | □課税　□非課税 |
|  |  |  | □課税　□非課税 |
|  |  |  | □課税　□非課税 |
|  |  |  | □課税　□非課税 |
|  |  |  | □課税　□非課税 |

負担上限額に関する認定（移動支援費は除きます）

|  |  |
| --- | --- |
| 負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。 | |
| 所得区分 | □ 1　生活保護 |
| □ 2　低所得（市町村民税非課税世帯）  ※医療型児童発達支援を申請する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。  　　□　低所得１（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方）  　　□　低所得２（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得１以外の方） |
| □ 3　一般１（市町村民税所得割28万円未満）  　※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。  　□　市町村民税について、住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。  　□　寄附金税額控除を受けているので申告します。 |
| □ 4　一般2（市町村民税課税世帯（一般１に該当する方を除く）） |
| □　障害児通所支援の多子軽減措置の適用を下記区分により申請します。  　□　第２子に該当する児童　　　□　第３子以降に該当する児童 | |
| □　生活保護への移行予防措置の適用を申請します。（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります）。 | |

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 | □　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 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
|  |  | |
| 受給者証送付先 | □　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 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
|  |  | |

ここから下の欄は記入不要です

【市役所事務処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | 受付印 |
| 連絡事項等記載欄 |