

(表)

記入例

児童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

台東区长 殿

次のとおり申請します。

必ず個人番号を
記入して下さい。

〇〇年△△月××日

申請者	フリガナ	たいとう たろう	生年月日	昭和AA年BB月CC日
	氏名	台東 太郎	個人番号 1111 2222 3333	
申請者	居住地	〒111-8615 台東区東上野4-5-6		
		電話番号 03-5246-1202		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	たいとう いちろう	生年月日	平成XX年YY月ZZ日
	氏名	台東 一郎	続柄	長男
個人番号 4444 5555 6666				

身体障害者手帳番	療育手帳号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
----------	-------	---------------	-----

必ず個人番号を記入して下さい。

申請者の欄に保護者の方の氏名、生年月日、個人番号、居住地、電話番号を記入して下さい。
また、支給申請に係る児童氏名の欄にサービスを受給する児童の氏名、生年月日、個人番号、続柄を記入して下さい。

被保険者及び番号	保険者名及び番号
----------	----------

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療

サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等
各種福祉サービス	

申請する支援	支援の種類	ご希望のサービスに係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい。 利用回数も必ず記入してください。 月〇〇回
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input 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		

申請者氏名の欄に申請者本人の名前を記入して下さい。

支援利用計画又は通所支援計画を作成するにあたり、申請者は、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、台東区から相談支援センター等に提出し、申請者又は入所施設の関係人に提示することに同意します。また、多子軽減措置に係る認定を申請するにあたり、区立の保育園、幼稚園及びびこども園の所管課に対して利用状況の確認をすることに同意します。

申請者氏名 台東 太郎

(裏)

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名		診療科名	
	受診状況	定期受診	有・無	(最近の受診日 平成 年 月 日)		
	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。いずれにもあ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 checked="" 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 ※ 在園証明等が必要になります。															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">未就学の兄弟</th> <th>通所・通園先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>氏名</td> <td>台東 浅子 (生年月日 平成UU年VV月WW日)</td> <td>区役所幼稚園</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>(生年月日)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>(生年月日)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>(生年月日)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	未就学の兄弟		通所・通園先	氏名	台東 浅子 (生年月日 平成UU年VV月WW日)	区役所幼稚園	氏名	(生年月日)		氏名	(生年月日)		氏名	(生年月日)	
未就学の兄弟		通所・通園先														
氏名	台東 浅子 (生年月日 平成UU年VV月WW日)	区役所幼稚園														
氏名	(生年月日)															
氏名	(生年月日)															
氏名	(生年月日)															

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。

※ 寡婦(夫)控除のみなし適用を受けようとする者は、台東区障害福祉サービス等に係る寡婦(夫)控除のみなし適用に関する実施要綱で定める「台東区寡婦(夫)控除のみなし適用申請書」を提出する必要があります。

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(下の欄に記入)		
氏名	台東 花子	申請者との関係	妻
住所	〒111-8615 台東区東上野4-5-6		3-5246-1202

申請書提出者が申請者本人の場合は「申請者本人」にをつけて下さい。申請書提出者が申請者本人以外の場合は、申請書提出者の情報を記入して下さい。