

障害児通所給付費支給（変更）申請書兼
利用者負担額減額・免除（決定変更）申請書兼世帯状況申告書

岡山市長 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		個人番号	
	氏名	(署名又は記名押印)	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	居住地	〒	電話番号	
	フリガナ		個人番号	
	支給申請に係る 児童氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日
			続柄	
身体障害者手帳番号	再判定	療育手帳番号	次回の判定年月	精神保健福祉手帳
県 市 号	有・無 年 月	号	有・無 年 月	号
難病等の 疾病名		NO. ()	* 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行例の別表（第1条関係）に規定する番号を記入。	
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

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"/> 児童発達支援センター（まな星、わかくさ学園いちごを除く）、医療型児童発達支援センター、主たる障害種別が重症心身障害児となっている事業所（非重心児の場合は除く）の利用。 事業所名（ ）
	<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	通園・通学中の施設名 () 希望する支援内容 ()	

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は必要があるときは、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、岡山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、この申請につき、市長が私及び私の世帯員の心身の状態、税務関係情報、健康保険加入状況、年金受給状況、特別児童扶養手当支給に関する法律に基づく手当の受給状況、資産、収入状況等の照会を行うこと及び、医師、官公庁、社会保険事務所、銀行、信託会社等の関係機関が回答することに同意します。

令和 年 月 日

申請者氏名

(署名又は記名押印)

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。 <input type="checkbox"/> 市町村民税所得割77,101円未満の世帯 申請児童が、第_____子に該当する者 ※ 世帯状況申告欄に生計を一にする兄弟を記入すること。 <input type="checkbox"/> 市町村民税所得割77,101円以上の世帯 ※ 在園証明等が必要となります。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 : 施設名() 保育所・幼稚園等 2. 第3子以降に該当する者 : 施設名() 保育所・幼稚園等 確認書類 <input type="checkbox"/> 通園証明書等
	<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。

世帯状況申告欄		氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	多子軽減措置カウント
	申請者					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	第 子
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	第 子
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	第 子
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	第 子

サービス利用状況	1	氏名	障・児	受給者証番号										
		利用中のサービスの種類と内容等												
	2	氏名	障・児	受給者証番号										
		利用中のサービスの種類と内容等												

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		



※申請手続、受給者証の受領(即日、窓口にて交付できる場合に限り)を頼まれた場合は、委任状を添付するか、下欄へ頼んだ人の住所、氏名の記入と押印が必要です。また委任する内容を○で囲んでください。

委任内容	私は、上記「申請書提出者」に上記の 申請手続 ・ 受給者証の受領 を委任します。		
氏名	署名又は記名押印	住所	