

障害児通所給付費支給申請書
利用者負担額減額・免除等申請書

（宛先）富山市長
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		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	居住地	〒 電話番号： - -		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			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※

※精神障害者保健福祉手帳の場合は、写しを添付すること。

利用状況	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（希望支給量等）		事務処理欄（市記入欄）	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 新規（ 月 日～） <input type="checkbox"/> 更新	日/月	個（ <input type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅰ（重度）） 強（ <input type="checkbox"/> Ⅰ（20点以上）・ <input type="checkbox"/> Ⅱ（30点以上）） 食（ <input type="checkbox"/> 該当（児童発達支援センター）） 重心（ <input type="checkbox"/> ）・人工内耳（ <input type="checkbox"/> ）	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 新規（ 月 日～） <input type="checkbox"/> 更新	日/月	医ケア（ <input type="checkbox"/> Ⅰ（3点以上）・ <input type="checkbox"/> Ⅱ（16点以上）・ <input type="checkbox"/> Ⅲ（32点以上）・（ 点）） 視・聴・言（ <input type="checkbox"/> （視・聴・言語の重度）） ケアニーズ（ <input type="checkbox"/> （保育所等訪問・重度））	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<input type="checkbox"/> 新規（ 月 日～） <input type="checkbox"/> 更新	日/月		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 新規（ 月 日～） <input type="checkbox"/> 更新	日/月		

申請者以外の生計同一者（18歳以上）※記載欄が不足する場合は欄外に記載ください。	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄

同意内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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診断書・医師意見書の全部又は一部を、富山市から指定障害児相談支援事業者若しくは通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。 ・ 富山市が申請者の属する世帯（生計同一者含む）の収入等に応じて利用者負担の上限月額を認定するにあたり、児童福祉法第57条の4第1項の規定に基づき、申請者及び申請者と生計を同一とする者の世帯状況・収入等状況について調査を行うことに同意します。 <p>申請者氏名 _____</p>
------	---

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。 (該当するものに○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 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。 (該当するものに○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に関する認定 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※ 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。

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: - -		