

障害児通所給付費支給申請書
利用者負担額減額・免除等申請書記入例
(18歳未満用)(宛先) 富山市長
次のとおり申請します。個人番号(マイナンバー)を
記入してください。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	フリガナ	トミヤマ ユキマサ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	氏名	富山 行政	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	50年 1月 1日
	居住地	〒930-8510 富山市新桜町7番38号 電話番号: 076-443-2279			
フリガナ		トミヤマ ツバキ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
支給申請に係る 児童氏名	富山 椿	生年月日	☒ 平成 ☐ 令和	20年 1月 1日	
		続柄	子		
身体障害者 手帳番号	富山市〇〇〇〇号	療育手帳 番号	富山県〇〇〇〇号	精神障害者保健 福祉手帳番号※	〇〇〇〇〇〇号

※精神障害者保健福祉手帳の場合は、写しを添付すること。

利用の状況	障害福祉 関係サービス	利用中の 障害者手帳に記載の番号を記入してください。
-------	----------------	-------------------------------

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	☐ 新規 (月 日～) ☐ 更新	【新規申請の場合】 新規にチェックを付け、利用開始希望日を記入してください。 ※支給決定に必要な書類が揃わない場合、利用開始希望日より後の決定日となる可能性があります。 【サービス更新の場合】 更新にチェックを付けてください。
	☒ 放課後等デイサービス	☒ 新規 (4月 1日～) ☐ 更新	
	☐ 保育所等訪問支援	☐ 新規 (月 日～) ☐ 更新	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	☐ 新規 (月 日～) ☐ 更新	

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
	同一世帯の方全員(18歳未満は除く)の氏名、 申請者からみた続柄を記載してください。 ※世帯が別でも、同居等で生計同一の方も記 載してください。					

同意内容	・ 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。	
	申請者氏名	保護者の氏名を記入してください。

(裏面あり)

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒999-9999 〇〇市〇〇〇〇		

定期的に通院されている病院があれば記入してください。

電話番号 999-999-999

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。 (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
	☐ 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。
	☐ 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。

申請書を提出される方の氏名を記入してください。

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	富山 花子	申請者との関係	妻
住所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号		

電話番号: 076-443-2279