第９号様式の２（第11条の２関係）

障害児通所給付費・障害児相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

郡山市福祉事務所長

次のとおり申請します。

利用者負担額の認定のため、郡山市福祉事務所長が住民基本台帳、個人番号の取得、課税状況及び生活保護受給状況について公簿等によって確認することに同意します。

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、郡山市から指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設若しくは指定障害児相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　月　日 |
| 氏　　名※自書又は記名押印 | 個人番号：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 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 |  | 疾病名 |  |
| 被保険者記号・番号(※) |  | 保険者名及び番号(※) |  |
| ※「被保険者記号・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 |
| □児童発達支援 |  |
| □医療型児童発達支援 |
| □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 |
| □障害児相談支援（依頼する事業所） |
|  |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |
| --- |
| 該当する減免申請があればチェックをつけてください。 |
| 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。（当てはまるものに○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 |
| □　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。（当てはまるものに○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．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（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。 |

　　申請書を提出する方について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 申請者との関係 |  |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

利用者負担額の認定のため、郡山市福祉事務所長が当該申請者の属する世帯の構成員に係る住民基本台帳、個人番号の取得、課税状況及び生活保護受給状況について公簿等によって確認することに同意します。※氏名は自署又は記名押印してください。

　世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　）

　　個人番号：

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　）

　　個人番号：

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　）

　　個人番号：

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　）

　　個人番号：

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　）

　　個人番号：