

記入例

障害児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

台東区長 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。

令和〇〇年△△月××日

申請者	フリガナ	タトウ タロウ	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	タトウ イチロウ	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 番号	療育手帳 番号	精神障害者 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。

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は肢

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

ご希望の
サービスに
をつけて
下さい。

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)	月〇〇回
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。)	
	<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	

支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要意見書の全部又は一部を、台東区から相談支援事業者、
す。また、多子軽減措置に係る認定を申請するにあたり
の確認をすることに同意します。

申請者氏名の欄
に申請者本人の
名前を記入して
下さい。

支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師
所施設の関係人に提示することに同意しま
園及びこども園の所管課に対して利用状況

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 令和 年 月 日)		
	所在地	〒				

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。 (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															
	<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。 (当てはまるものに○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。

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。