

（表）

（障害児通所給付費・特例障害児通所給付費）支給決定申請書兼  
利用者負担額減額・免除等決定申請書

（宛先）

上尾市長

（障害児通所給付費・特例障害児通所給  
決定について、次のとおり申請します。

児童の保護者名記入

（利用者負担額減額・免除等）の

昭和〇〇年〇月〇日

申請者	フリガナ	アゲオ タロウ	生年月日	昭和33年7月15日
	氏名	上尾 太郎 個人番号：123456789012		
	居住地	〒362-8501 埼玉県上尾市本町3-1-1 電話番号 048-775-5122		
申請に係る 児童氏名	フリガナ	アゲオ ジロウ	生年月日	年 月 日
	氏名	上尾 次郎 個人番号：234567890123	続柄	子
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号	123456	精神障害者保健 福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び保険者番号(※)		

※「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	利用中のサービスの種類と内容等
	障害福祉 関係サービス 放課後等デイサービス 23.0日/月（アッピーはうす）

- ① 開始日
- ② サービス種類・支給量
- ③ 利用事業所(予定含む)

申請する 支援	支援の種類	申請
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	(更新) 令和〇年〇月〇日～ 放課後等デイサービス 23.0日/月 事業所：アッピーはうす
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

- 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、上尾市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害児入所施設等の同意します。
- この決定に当たり必要となる収入等の児童の保護者名記入に調査確認されることに同意します。

申請者氏名 上尾 太郎

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

(※医療型児童発達支援を申請する場合にご記入ください。)

申請する 減免の 種類	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免措置、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"/> 定率負担減免措置 <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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

申請者と同居所であれば“同上”で可

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	上尾 花子	申請者との関係	妻
住所	〒362-8501 埼玉県上尾市本町3-1-1  電話番号 048-775-5122		