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

申請年月日

年 月 日

串本町長 様

次のとおり申請します。

	フリガナ										
申	氏 名	個人番	:号:			生年	三月日		年	月	日
請	確認事項			 私の世帯状況と世	上 帯 員全	上員の訳	果税状況	 を確認 (照会)	されるこ	ことに同	 司意します。
者		₹									
	居住地					電	電話番 号	<u>1.</u>			
	フリガナ					4 左	:		年	月	П
支約	合申請に係る					土年	三月日		午	月	日
児	童 氏 名	個人番	:号:			続	柄				
	下障害者 長番号	1	療育手 帳番号				子保健 番号		疾病	名	
被保	保険者証の記 号	号及び番	号(※)				保険者	名及び番号	(※)		
		己号及び番	号」欄及ひ	「保険者名及び	保険者	番号」	欄は、凡	支 体不自由児通	所医療	を申請	する場合に
	すること。 	利	旧田中のサ	ービスの種類。	レカ宏	垒					
サービス利用の芸	障 害 福 関係サーヒ	祉	1713 32 7		_ 1 324	,1					
状況											
		3	支援の種類	Ę				申請に係る。	具体的	内容	
	□ 児童発	達支援									
甲											
申請する支援	□ 放課後	等デイサ	ーービス								
抜	□ 居宅訪	問型児童	5発達支援								
	□ 保育所	等訪問支	泛援								

障害児支援利用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、串本町から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

	主治	台医の	の氏名	医療機関名
主治医	所	在	地	Ŧ
				電話番号
		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。)
申			1. 生	活保護受給世帯
請 す			2. 市	町村民税非課税世帯に属する者
申請する減免の			3. 市	町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
免の		П	多子轁	減措置に関する認定
種類			下記の	区分の適用を申請します。
類			(あて)	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	証明等が必要となります。
		Ш	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。
V	げれ	ŧ.	事実関	係を確認できる書類を添付して申請すること。
_				
	*-tt- 11	-	Le	

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

【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

串本町長 様

次のとおり申請します。

								申請	年月日 🔼	△△年	$\triangle \triangle$	月△△日
	フリガ	ナ		クシモ	トタロウ							
申	氏	名	個人番		太郎		生生	F 月日	△△4	年△∠	△月∠	△□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
請	確認事	項	串本町の	の保有する	私の世帯状況とも	世帯員全	員の記	果税状況	を確認 (照会) る	される	ことり	こ同意します。
者	居住	地	申△△ 串本		△△△番地		信	電話番-	号 〇〇-	00)
	フリガナ			クシモト	、イチロウ		4.	1 0 1	A A	左 ^	^ 🗆	^ ^ H
支約	合申請に依	系る		虫木	一郎		生生	F月 日	$\triangle \triangle$	华△.	△月⊿	
児	童 氏	名	個人番		, M		続	柄		=	子	
	体障害者 帳 番 号			療育手 帳番号				者保健 番号	$\triangle \triangle \triangle$	疾症	5名	
							名及び番号((*)				

※「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、肢体不自由児通所医療を申請する場合に 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
		支援の種類	申請に係る具体的内容
	■ 児童発達支持	爱	
申請す	□ 医療型児童	発達支援	
申請する支援	■ 放課後等ディ	イサービス	△△日/月
援	□ 居宅訪問型り	見童発達支援	
	□ 保育所等訪問	問支援	

障害児支援利用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、串本町から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 串本 太郎

	主治	話医の.	氏名	$\triangle\triangle$ $\triangle\triangle$	医療機関名	△△△△病院
主治医	所	在	地	〒△△△△ 串本町古座△△△番地	電話番号	00-000

	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。)						
申		1. 生活保護受給世帯						
請す		2. 市町村民税非課税世帯に属する者						
申請する減免		3. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者						
免	Π	多子軽減措置に関する認定						
の種類		下記の区分の適用を申請します。						
類		(あてはまるものに○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。						

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		■ 申請者本人		申請者本人以外(下の欄に記入)
氏	名	串本 太郎		申請者との関係	本人
住	所	〒△△△△ 串本町串本△△△番地		電話番号(00-000

世带状况·収入等申告書

串本	町長	様									
申告	年月	日		年	月	目					
申告	者(保護者)住所								
	(保護者)氏名								
次の	とお	り申告	します。	1							
1	世帯	の状況	等につい	ハて							
			氏	名		生年月	月日	本人との関係		市町村目	民税の状況
申請	青者									□課税	□非課税
世帯	宇主									□課税	□非課税
世帯	は昌									□課税	□非課税
FE	1 1									□課税	□非課税
(1) i	下の 合計原 合	(1)(2)の 所得金額 計所得 等の状況	部分は、 質の状況 ・金額			足給付(施		こ限る。)を申請	青する	場合のみ記	己入してくださ
区					種	類				ψ	7入額
稼	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、 障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、 遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)						È.		円		
稼得等収入	金等	特別児	童扶養手 年金等収	当) 入(雇用保	険による	失業等給付、	健康保隆) 食の傷病手当、そ	こ の		<u>円</u>
入	-Lab	が判断	するもの		もののっ	5公的年金(< 相当する	るものとして市町] 村		円
	就労	工賃等		T /							<u>円</u>
-			就労収	<u> </u>)			円 円
の 収		仕送り		る家賃収入							円
<u> </u>	他	ļ	就労収)			———————————— 円
ίζ	く要怒	と費(B						,			1.1
種		<u>類</u>	/			内 容					 à 額
租		税									円
社	会保	険料									円
									1		<u> </u>
申請	青書携	是出者		申請者本	人		申請者	本人以外 (下の	り欄に	こ記入)	
	フリカ	ガナ						申請者			
丑	. 1 7	名						との関係			
住	Ē	所	₹				بر أ	電話番号			

- (記入上の注意)
 1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
 2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
 3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

【記入例】

世帯状況 • 収入等申告書

串本町長 様

申告年月日 △△年△△月△△日

申告者(保護者)住所 串本町串本△△△番地

(保護者) 氏名 串本 太郎

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	V.D.2.3.				
	氏 名	生年月日	本人との関係	市町村民税の岩	犬況
申請者	串本 太郎	\triangle . \triangle . \triangle	本人	■課税 □非	課税
世帯主	同上	同上	同上	■課税 □非	課税
	串本 花子	\triangle . \triangle . \triangle	妻	□課税 ■非	課税
世帯員	串本 一郎	\triangle . \triangle . \triangle	子	□課税 ■非	課税

2 申請者の収入の状況について

以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る。)を申請する場合のみ記入してください。

(1)合計所得金額の状況

(2)収入等の状況

収入(A)(年収)

区	区分 種 類		収入額
1 .	年	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、 障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、 遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	000,000円
稼得等収	金等	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、 特別児童扶養手当)	円
等収入		その他年金等収入(雇用保険による失業等給付、健康保険の傷病手当、その他地方公共団体が支給するもののうち公的年金に相当するものとして市町村が判断するもの)	円
	就労	工賃等収入	00,000円
	穷	その他就労収入()	円
Ø) .	そ	仕送り収入	円
	の 他	不動産等による家賃収入	円
人 <i>'</i>	他	その他就労収入(円

必要経費(B)

種	類	内 容	金額
和	税		00,000円
1出.	<i>ጎን</i> ፔ		円
社会例	17全业1		00,000円
江云万	的火作		円

申請書提出者		■ 申請者本人 □	□ 申請者本人以外(下の欄に記入)			
フリガナ		クシモト タロウ		申請者		
氏	名	串本 太郎		との関係	本人	
住	所	〒△△△△ 串本町串本△△△番地	電	話番号 ○	0-000	

障害児相談支援給付費支給申請書

串本町長 様

次のとおり申請します。

				申請年月	日	年	月	日
	フリガナ							
申請	氏 名	個人番号:		生年月日		年	月	日
者	居住地	₸						
				電話番	号			
申	フリガナ : 請 に 係 る			生年月日		年	月	日
児	童 氏 名	個人番号:		続柄				
申請書提出者 □ 申請者本人 □ 申請				申請者本人以	以外(下の)欄に記	入)	
7	フリガナ			.h .=+ .+v				
E	氏 名			申請者				
Æ	主 所	₸		電話番	· ·号			

【記入例】

障害児相談支援給付費支給申請書

串本町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 △△年△△月△△日

	フリガナ	クシモト タロウ		
申請	氏 名	串本 太郎 個人番号:	生年月日	△△年△△月△△日
者	居住地	〒△△△△ 串本町串本△△△番地	電話番	·号 00-000
			电前省 I	
	フリガナ	クシモト イチロウ	4.500	
申	請に係る		生年月日	△△年△△月△△日
児			続柄	子

申請書提出者		■ 申請者本人] 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリ	リガナ	クシモト タロウ	 申請者	本人	
氏	名	串本 太郎	との関係	华八	
住	所	〒△△△△ 串本町串本△△△番地	電話番	号 00-000	