

障害児通所給付費等支給申請書

申請者	氏 名			個人番号				
				生年月日				
	居 住 地	〒 電話番号 - -						
支給申請に係る 児童氏名				個人番号				
				生年月日				
				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		
被保険者証の記号及び 番号					保険者名及び番号			

備考 「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					
	障害児通所支援	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(肢体不自由のある児童に 対して治療を行うものを除く。)						
	☐ 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。)						
	☐ 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						

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、北上市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

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ 1 負担上限月額に関する認定 (当てはまるものに○をつける。) (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
	☐ 2 多子軽減措置に関する認定 (生計を一にしている者のうち、当てはまるものに○をつける。) 支給申請に係る児童が (1) 第2子に該当 (2) 第3子以降に該当
	☐ 3 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 (当てはまるものに○をつける。) (1) 自己負担減免措置 (2) 補足給付の特例措置

備考 事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。