

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

（あて先） 高鍋町長  
次のとおり申請します。

様

(黄) 必ず記入

(青) 代筆の場合記入

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ											生年月日		
	氏名	氏名は自署（捺印不要）										生年月日		
	個人番号													
	居住地	〒										電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ											生年月日		
	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					
被保険者証の記号および番号(※)								保険者名及び番号(※)						

※「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
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<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	

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、高鍋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事に同意します。

申請者氏名 氏名は自署（捺印不要）

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	<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。 (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。)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 生活保護受給世帯</li> <li>2. 市町村民税非課税世帯に属する者</li> <li>3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する設定 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。)
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 第2子に該当する者</li> <li>2. 第3子以降に該当する者</li> </ul> <p>※ 在園証明等が必要となります。</p>	
<input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <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すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)
氏名	氏名は自署(捺印不要)	申請者との関係
住所	〒	
電話番号		

世帯状況・収入申告書

高鍋町長 様

(黄) 必ず記入

(青) 代筆の場合記入

申告年月日 年 月 日

申告者(保護者) 住所

(保護者) 氏名

氏名は自署（捺印不要）

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者			本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 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

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入(A) (年収)

区分	種類	収入額
稼 得 等 収 入	年金等 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）	円
	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
	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	円
	その他就労収入（ ）	円
そ 収 の 入 他 の	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他就労収入（ ）	円

必要経費(B)

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）
フリガナ		申請者との関係
氏名	氏名は自署（捺印不要）	
住所	〒 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。

様式第19号 (第13条関係)

障害児相談支援給付費支給申請書

高鍋町長

様

(黄)必ず記入

(青)代筆の場合記入

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ											生年月日	
	氏名	氏名は自署 (捺印不要)											
	個人番号												
	居住地	〒										電話番号	
フリガナ											生年月日		
申請に係る 児童氏名											続柄		
個人番号													

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人										<input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ											申請者 との関係	
氏名	氏名は自署 (捺印不要)											
住所	〒										電話番号	

### 障害児相談支援依頼（変更）届出書

高鍋町長

様

(黄)必ず記入

(青)代筆の場合記入

次のとおり届け出します。

届出年月日

年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名	氏名は自署（捺印不要）		
	個人番号			
	居住地	〒	電話番号	
フリガナ		生年月日		
申請に係る児童氏名		続柄		
個人番号				

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒
	電話番号

指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 年 月 日