

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
(新規・継続)

交野市福祉事務所長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	受給者証番号											個人番号												
	フリガナ											生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 令和											
	氏 名																							
	居住地	〒 - 電話番号																						
フリガナ												生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和											
支給申請に係る 児 童 氏 名												続 柄												
個人番号																								
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(※)												

※ 「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	障がい福祉関係サービス		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											
	☐	児童発達支援																				
	☐	医療型児童発達支援																				
	☐	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、交野市福祉事務所長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

負担上限月額を決定するにあたり、本人及び扶養義務者の課税台帳などの市民税関係公募や住民基本台帳、生活保護受給者台帳を閲覧することに同意します。

申請者氏名

