

介護給付費・障害児通所給付費・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

野々市市福祉事務所長 宛  
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	年	月	日	
	氏名											電話番号				
	個人番号															
	居住地	〒														
支給申請に係る児童氏名	フリガナ											生年月日	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してください。

サービスの利用状況 (障害福祉サービス及び障害児支援)	利用中のサービスの種類と内容等
--------------------------------	-----------------

区分	支援の種類	申請に係る具体的内容		
申請する支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			
	障害児通所給付費	<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		
		相談給付費	<input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援	指定特定相談支援・指定障害児相談支援事業所（事業所名・所在地・電話番号）

サービス等利用計画、個別支援計画、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なときは、サービスや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、野々市市福祉事務所から指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

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 次の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。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 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 多子軽減措置に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 第2子に該当する者 2 第3子に該当する者 ※ 在園証明書が必要となります。
	<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、事実関係を確認することができる書類を添付して申請してください。

世帯状況等については、次のとおり申告します。

区分	氏名	生年月日	本人との関係	個人番号	市町村民税の状況
申請者					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
支給申請に係る児童			本人		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
同一世帯構成員					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

※ 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。

利用者負担額決定のため、福祉事務所長が世帯状況、所得等について調査することに同意します。

申請者本人 \_\_\_\_\_ 保護者 \_\_\_\_\_

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		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			