

障害児通所給付費等支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

記入例

(宛先) 川崎市

福祉事務所長

提出先の福祉事務所名を
記入してください。

記入している日を記入してくだ
さい。

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		個人番号			
	居 住 地	〒	事業者と契約される保護者について記入してください。			
			電話番号			
	フリガナ			月	日	続 柄
	支給申請に係る 児 童 氏 名		個人番号			
	身体障害者 手帳 番号	手帳をお持ちの場合は該当する手帳の欄に番号を記入してください。				
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				
		短期入所や日中一時預り等の障害福祉サービスを利用している場合や、他の自治体で支給決定を受けて児童発達支援等の児童福祉法のサービスや障害福祉サービスを利用していた場合に、サービスの種類、内容、利用期間、利用量、事業者名等を記入してください。				
	支援の種類		申請に係る具体的内容			
申請する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (地域療育センター)	該当する支援にチェックを入れてください。				
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (地域療育センターの短時間)					
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (地域療育センター以外)					
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	具体的内容欄は別紙を参考にしてください。				
	<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					
	<input type="checkbox"/> 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、川崎市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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 印

同意される場合は、保護者の自筆にて署名をしてください。

R7. 12 から医療型児童発達支援を申請する場合に健康保険証の情報（記号・番号、保険者番号）が不要になりました。

主治医※	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

※「主治医」欄は、主治医がある場合に記入してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 1 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○を付けてください。いずれにも当てはまらない) (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(所得割額28万円未満)に属する者	該当する区分がわからない場合は、全て空欄としたうえで申請時に担当者に御相談ください。また、「3」を申請する場合は、各区役所保護課で証明発行が必要となりますので、事前に担当する福祉事務所へ御相談ください。
	<input type="checkbox"/> 2 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○を付けてください。いずれにも当てはまらない) (1) 第2子に該当する者 (2) 第3子以降に該当する者 ※ 通園(見込)証明書が必要となります。	
	<input type="checkbox"/> 3 生活保護への移行予防措置(定率負担軽減措置、補足給付の特例措置)生活保護への移行予防措置(□定率負担軽減措置 □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該当証明書が必要となります。	
	<input type="checkbox"/> 4 その他 川崎市独自の減免措置を申請します。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

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			
住所	〒	この申請書を提出される方の氏名等、必要項目について御記入ください。	
		電話番号	