

(宛先)茅ヶ崎市長

申請者氏名 茅ヶ崎 太郎

次のとおり障害児通所給付費の支給を申請します。

申請者	ふりがな氏名	ちがさき たろう 茅ヶ崎 太郎	生年月日	S30年1月1日
	居住地及び連絡先	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1 電話番号0467-82-1111		
	個人番号	123456789012		
児童	ふりがな氏名	ちがさき はなこ 茅ヶ崎 花子	申請者との続柄	子
	生年月日	H20年4月1日	個人番号	234567890123
所持する手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他			
健康保険被保険者証等の記号及び番号			保険者の名称	
障害児通所給付費の受給状況	利用中の障害児通所支援の種類、内容、施設名等 放課後等デイサービス		受給者証を見て記入してください。	
障害児入所給付費の受給状況	利用中の障害児入所支援の種類、内容、施設名等			
介護給付費等の受給状況	障害福祉サービス等の種類、内容、施設名等			
申請する障害児通所支援	種類	内容(施設名、日数等)		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	該当する項目にレ点を付けてください。		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援			
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	10日/月(茅ヶ崎キッズ事業所)		
	<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				
医療機関	主治医氏名			
	名称			
	所在地			

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を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 **茅ヶ崎 太郎** ㊞

- 備考
- 1 本人が自筆で氏名を記入したときは、押印を省略することができます。
  - 2 「健康保険被保険者証等の記号及び番号」の欄及び「保険者の名称」の欄は、医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定に係る申請をする場合に記入してください。
  - 3 次に掲げる書類を添付してください。ただし、当該書類により証明すべき事実を公募等によって確認することができるときは、添付を省略することができます。
    - (1) 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の当該年度分(4月から6月までに申請する場合にあっては、前年度分)の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。)の額を証する書類その他の負担上限月額(政令第24条に規定する負担上限月額をいう。)並びに医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費又は特例障害児通所給付費の通所給付決定に係る申請をしようとする者にあつては、肢体不自由児通所医療費に係る負担上限月額(政令第25条の12第1項に規定する負担上限月額をいう。)及び同条第2項の厚生労働大臣が定める額の算定のために必要な事項に関する書類
    - (2) 通所受給者証(現に通所給付決定を受けている場合に限る。)