

別 記

第1号様式（第2条関係）

記入例

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

（宛先）流山市長

次のとおり申請します。

（提出する日）

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	ナガレヤマ タロウ	生年月日	昭和 59年 1月 1日 平成	
	氏 名	流山 太郎 個人番号 1234 5678 9123			
	居住地	〒 270-0192 流山市平和台1-1-1 電話番号 04-7150-6081			
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ	ナガレヤマ イチロウ	生年月日	平成 28年 1月 1日 令和	
	氏 名	流山 一郎 個人番号 4567 8912 3456	続 柄	子	
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		
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に記入すること。

こと。

サービス利用の 状況	障害福祉サービス （居宅サービス）	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中の施設名等

障害者手帳をお持ちの方は手帳番号を記入してください。
お持ちでない方は「療育手帳番号」の欄に
「診断書による」等ご記入ください。

申請するサービス	区分	サービスの種類	申請に係る具体的内容 （利用施設名称）
	通所	障害児通所給付費	
		☐ 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	
	☐ 保育所等訪問支援		

該当するサービスに☒を入れてください。

障害児支援利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、サービス利用意向聴取の内容を、流山市から指定障害児（特定）相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。また、月額上限負担額認定のため、障害者支援担当課の職員が課税担当課の資料を閲覧することに同意します。

申請者氏名 流山 太郎

印

申 請 す る 減 免 の 種 類	☐ 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。 （当てはまるものに○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。）		
	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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割28万円未満に属するもの		
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○をつける。）	0.1.2歳児が療育に通う際、上に保育園・幼稚園に通うきょうだいがいる場合は「在園証明書」が必要になります。 （毎年提出していただきます）	
☐ III 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ ☐ 定率負担減免措置 ☐ 特例補足給付）を申請します。 <u>※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。</u>			

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。

申請者本人に☒をつけたら
 氏名等の記入は不要です。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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	〒 電話番号		

(宛先) 流山市長

(提出する日)

申告年月日 令和 年 月 日

申告者（保護者）住所 流山市平和台1-1-1

(保護者) 氏名 流山 太郎

次のとおり申告します。

通所希望のお子さんから見た続柄

1 世帯の状況等について

障害児の 属する 世帯構成	世帯員の氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
	流山 太郎	S59. 1. 1	父	☐ 課税	☐ 非課税
	花子	S59. 4. 1	母	☐ 課税	☐ 非課税
	一郎	H28. 1. 1	本人	☐ 課税	☐ 非課税
	二郎	R2. 1. 1	弟	☐ 課税	☐ 非課税
				☐ 課税	☐ 非課税

※同居している者（生計を一にしている者）全員（本人含む）について記入してください。

※同居していない保護者（別居、単身赴任など）がいる場合は記入してください。

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型児童発達支援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	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、経過の福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収 入 の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

※申請について市から確認したい事柄があった時に、わかる方をご記入ください。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）	申請者本人に☑つけたら 氏名等の記入は不要です。	
フリガナ			
氏 名			
住 所	〒	電話番号	

(記入上の注意)

- 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。
- 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。
- 不実の申告をした場合は、関係法令により処罰される場合があります。

