

別 記

第1号様式（第2条関係）

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。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日	
	氏 名	個人番号		平成 年 月 日	
	居 住 地	〒 電話番号			
フリガナ			生年月日	平成 年 月 日	
支給申請に係る 障 害 児 氏 名		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	
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。

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

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)
		障害児通所給付費	
	通所	☐ 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			

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 _____ (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。） - 生活保護受給世帯 - 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 - 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 - 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。） - 第2子に該当する者 - 第3子以降に該当する者 ※在園証明等が必要となります。
	☐ 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。 ※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、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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		