

記入例

障害児通所給付費(支給・変更)申請書兼 利用者負担額減額・免除申請書

(様式第1号)

受付印

(宛先)東大阪市長

下記の同意内容に同意したうえで次のとおり申請します。

申請年月日 令和 6 年 9 月 1 日

申請者(世帯主)※	フリガナ	ヒガシオオサカ タロウ		生年月日	昭和 平成	5	年	△	月	1	日								
	氏名	東大阪 太郎		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	居住地	東大阪市	荒本北1-1-1		日中連絡が取れる番号を、優先順に記入ください。 連絡先が一つの場合は②は記入不要です。 連絡が取れないと手続きが遅れる場合があります。														
日中の連絡先	①	090	-	1111	-	2222	②	080	-	2222	-	1111	(父携帯・母携帯・自宅・その他)						

※世帯主が父母ではない場合は、父母の氏名を記入してください。

フリガナ	ヒガシオオサカ トライ		続柄	番号照合のため個人番号確認書類も必要です。										年齢														
支給申請に係る児童氏名	東大阪 とらい		子	平成	令和	28	年	月	日	8					歳													
児童の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳(A B1 B2)	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)	個人番号										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

申請内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 更新申請	<input type="checkbox"/> 支援の追加	<input type="checkbox"/> 負担額変更	<input type="checkbox"/> 保護者変更						
今回申請(追加)する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<input checked="" 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							
利用する通所事業所名(全て)	デイサービス○○○○○ △△デイサービス			相談支援事業所名	相談支援○○○						
その他利用中の障害福祉サービス	短期入所										

同意内容	下記の内容について同意します。 ・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等の全部又は一部を、東大阪市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示すること。 ・支給決定するにあたり必要があるときは、本人及び世帯員の課税内容・収入等について東大阪市が調査すること。 ・障害の状況及び障害児通所支援の利用状況の確認のために必要があるときは、東大阪市の調査に協力し、必要に応じて料・情報の提供を求めること。										
申請者(世帯主)氏名	東大阪 太郎										

(裏につづく)

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	東大阪市〇〇1-1-1	電話番号	06-1111-1111

申請する減免の種類	<input checked="" type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定(税額が不明の場合は☑のみで可)	かかりつけ医がいる場合のみ記入ください。
	下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○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 3. 市町村民税課税世帯(市民税所得割28万円未満)に属する者 ※事実関係を確認できる書類が必要な場合があります。	
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定(3歳児未満のみ記入してください)	
	下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○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. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 就園しているきょうだいがいる場合は在園証明が必要な場合があります。 (きょうだいが児童発達支援を利用している場合は不要)	
<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置 □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対象者証明書が必要となります。	

【新規申請の方のみ記入してください】		他市の場合、市町村名を記入
東大阪市の場合	今年1月1日の居住自治体	昨年1月1日の居住自治体
<input checked="" type="checkbox"/> 東大阪市 <input type="checkbox"/> 他市()	市・町・村	<input type="checkbox"/> 東大阪市 <input checked="" type="checkbox"/> 他市(ΔΔΔΔ) 市・町・村
市民税の申告	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未申告	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人(下の欄に記入不要)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)
氏名	東大阪 花子	申請者との関係 妻
住所	申請と同じ	電話番号 070-3333-3333

(以下、市記入欄)

	I 個人番号	II 申請者(世帯主)の身元確認 □なし	III 提出者の身元確認 (1点) □なし
申請者□なし	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード(現住所のもの) <input type="checkbox"/> 個人番号が記載の住民票または住民票記載事項証明書	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳(写真なし) <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 介護保険者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他()
児童□なし	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード(現住所のもの) <input type="checkbox"/> 個人番号が記載の住民票または住民票記載事項証明書	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳(写真なし) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 介護保険者証 <input type="checkbox"/> その他()	

受付担当名	
-------	--