

記入例

児童発達支援給付費（支給・変更）申請書兼 利用者負担額減額・免除等申請書

受付印

(あて先) 東大阪市長

次のとおり申請します。

世帯主名をご記入ください。世帯主が保護者でない場合は、保護者名（例：祖父が世帯主で父母が保護者の場合は父または母のどちらか）をご記入ください。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	ヒガシオカ 太郎 東大阪 太郎 個人番号	生年月日	明治 昭和 大正 平成 50年	電話番号 090-1234-5678
	居住地	〒577-8521 荒本北1-1	12桁の個人番号（マイナンバー）をご記入ください。別紙お知らせもご覧ください。		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	ヒガシオカ 花子 東大阪 花子 個人番号	生年月日	平成 22	医療型児童発達支援（第2はばたき園など）通所の場合は、医療受給者証を発行しますので、保険証の写しも添付願います。
	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			

日中連絡が取れる連絡先

医療型児童発達支援（第2はばたき園など）通所の場合は、医療受給者証を発行しますので、保険証の写しも添付願います。

身障手帳・療育手帳・精神手帳を持っている場合は番号を記入し、手帳の写しを添付願います。

児童発達支援・放課後等デイサービス以外の障害福祉サービスについても記入してください。
事業所名は相談支援事業所も含めてすべて記入してください。

第1こばと園
東大阪学園
東大阪相談事業所

現在利用中の事業所名【 東大阪相談事業所 】

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 児童発達支援 短期入所 ガイドヘルパー	被保険者証の記号及び番号	保険者名及び番号(※)
	申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容	
	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援		利用予定の事業所名 【東児童支援センター】 サービス等利用計画 作成依頼(予定)事業所【東大阪相談事業所】	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援			
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス			
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援				
※平成27年4月より支給決定日数にかかわらずサービス等利用計画が必要になります。				

利用予定の事業所を記入。

利用予定の相談支援事業所を記入。

障害児支援利用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師意見書の全部又は一部を、東大阪から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 東大阪 太郎

上記申請者の氏名を記入
(≠申請書提出者)

受付者

主治医 (※)	主治医の氏名	旭町 良子	医療機関名	こどもクリニック
	所在地	〒577-8521 荒本北1-1-1 こどもクリニック		医療機関を受診している場合のみ記入してください。 電話番号 06-1234-5678

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 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。) 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28万円未満)に属する者	生活保護受給世帯は、 証明書の提出が必要です。
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。	就学前の児童発達支援利用児童について、 <u>就学前の兄または姉が保育所等に通園していること</u> を条件に、利用者負担額の引下げを行います。 在園証明書が必要になりますので、対象者には別途子ども見守り課より連絡します。
	<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。	

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。

申請者本人以外の場合は、委任状が必要となります。
別紙お知らせをご覧ください。

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

※今年の1月1日(サービス利用開始日が1月~6月の場合は、昨年1月1日)現在東大阪市に住民登録をされていない方は、負担上限月額に関する認定を行うにあたり、前住所地の市町村が発行する市町村民税課税証明書(最新年度のもの)の添付が必要となります。

記入例

調査の同意書

児童発達支援等支給決定にあたり、必要があるときは貴職が下記の事項について、報告を求めることに同意します。

記

照会先 ①東大阪市税務担当課、東大阪市生活保護担当課
②申請児童の発達支援にかかわる関係機関

照会事項 ①児童発達支援等にかかる利用者負担額の決定に必要な事項
②申請児童の児童発達支援等支給決定にかかる心身の状態について必要な事項

平成 ○○年 ○月 ○日

(あて先) 東大阪市長

住 所 東大阪市荒本北1-1-1

本人氏名=サービスを受ける児童氏名です。

本人氏名 東大阪 花子 (印)

世帯主 東大阪 太郎 (印)

世帯員 東大阪 良子 (印)

世帯員 (印)

世帯員 (印)

世帯員 (印)

同一世帯員すべての課税調査が必要であるため、世帯員全員の記入が必要です(祖父母・親族同居の場合など)。

※ 照会事項①について、平成○○年1月1日現在東大阪市に住民登録をされていない方は「平成○○年度市町村民税・府(県)民税(非)課税証明書」を添付してください。

※ また申請日現在生活保護を受給されている方は、「生活保護受給を証明する書類」を申請書に添付してください。

記入例

(様式ア)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

(あて先) 東大阪市長

次のとおり申請します。

申請年月日 平成28年 4月 1日

申請者	フリガナ	ヒガシオオサカ タロウ	
	氏名	東大阪 太郎	生年月日 明治昭和 大正平成 42年 2月 1日
		個人番号 : 1111 2222 3333	
	居住地	〒577-8521 東大阪市荒本北1-1-1	12桁の個人番号(マイナンバー)をご記入ください。別紙お知らせもご覧ください。
			電話番号 090-1234-5678
申請に係る児童氏名	フリガナ	ヒガシオオサカ ハナコ	
	氏名	東大阪 花子	生年月日 平成24年 4月 1日
		個人番号 : 4444 5555 6666	申請者本人以外の場合は、委任状等が必要となります。別紙お知らせをご覧ください。
申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ	ヒガシオオサカ ヨシコ	申請者との関係	妻
氏名	東大阪 良子		
住所	〒 申請者と同じ 電話番号		