

別 記

第1号様式(第2条第1項)

(表)

浦安市障害児通所給付費支給申請書

(宛先)浦安市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申請者	ふりがな		個人番号															
	氏名		生年月日															
	居住地	連絡先																
	ふりがな		個人番号															
支給申請に係る 児童氏名			生年月日															
			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		疾病名												
被保険者証の 記号及び番号※			保険者名及び 保険者番号※															

※ 「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、肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入すること。

障がい福祉関係 サービスの 利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等：
---------------------------	------------------

	サービスの種類	申請に係る具体的内容
申請するサービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<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"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 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、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の全部又は一部を、浦安市から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 _____

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	連絡先		

申請する減額・免除の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 以下の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付け、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(所得割 円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> 2 多子軽減措置に関する認定 以下の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付け、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 添付書類 在園証明等
	<input type="checkbox"/> 3 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置)を申請します。 添付書類 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書

備考 事実関係を確認することができる書類を添付すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(以下の欄を記入すること。)		
ふりがな		本人との関係	
氏名			
住所	連絡先		