

障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

（宛先） 枚方市福祉事務所長 申請日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	氏 名					
	個人番号					
	居 住 地	電 話				
	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	支給申請に係る 児 童 氏 名					
	個人番号		続 柄			
	身体障害者手帳	級	療育手帳	A ・ B 1 ・ B 2	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	級
	被保険者証の記号及び番号（※）			保険者名及び番号（※）		
	代筆者名		申請者との関係		理由	

※ 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入し、被保険者証の写しを添付してください。

障害福祉関係 サービスの利用状況	利用中のサービスの種類と内容等	
申請 する 支 援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 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	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

■利用者負担上限月額の設定が必要な方は、以下も記入してください。
利用者負担上限額の設定に当たり、住民登録資料、課税資料等を閲覧することに同意します。
（注）保護者とその世帯に属する方について記入してください。生活保護受給者については、生活保護の証明書
を添付してください。

続柄	氏 名	個 人 番 号	生 年 月 日	担当課処理欄
本人			年 月 日	非・均・所（ ）
			年 月 日	非・均・所（ ）
			年 月 日	非・均・所（ ）
			年 月 日	非・均・所（ ）
			年 月 日	非・均・所（ ）

■以下の申請をされる方は、□に(レ)を記入してください。

☐ 多子軽減措置	☐ 生活保護への移行防止措置
---------------------------------	---------------------------------------

※多子軽減措置を申請される方は在園証明書等必要書類を、生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を申請される方は福祉事務所が発行する境界層対象者証明書を添付してください。

※担当課記入欄（記入しないでください。）

一般2 ・ 一般1（児） ・ 低 ・ 生保	有 ・ 無	年 月 日	円
-----------------------	-------	-------	---

裏面も記入してください。

■主治医がいる場合は記入してください。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話		

■障害児支援計画等の作成に係る同意

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、障害児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、枚方市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害児入所施設の従事者に提示することに同意します。

申請者氏名 _____