

児童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

海老名市長様

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			個人番号											
	氏名			生年月日	年			月			日				
	居住地	〒													
				電話番号											
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			個人番号											
					生年月日	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									
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記入すること。

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												
申請する支援	支援の種類			申請に係る具体的内容										
	<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														

児童支援利用計画又は通所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意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、海老名市から指定児童相談支援事業者、通所支援事業者若しくは児童入所施設の関係人に提示することに同意します。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する 減免の 種類	<input 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。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28万円未満)に属する者
	<input 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 ※ 在園証明等が必要になります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。

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

児童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

記載例

海老名市長様

次のとおり申請します。

氏名、生年月日、住所等を記入。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	エビナ チチオ		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0
	氏名	海老名 父雄		生年月日	S58年 2月 23日											
	居住地	〒243-0492 海老名市勝瀬175番地の1														
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	エビナ タロウ		個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	氏名	海老名 太郎		生年月日	H28年 12月 23日											
身体障害者手帳番号	第596300号	療育手帳番号	第114514号	精神障害者保健福祉手帳番号	第45098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記入すること。

現在利用しているサービスの種類と支給量を記入。

使用中のサービスの種類と内容等

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	(未就学児) 児童発達支援 2日/月 (小学校以上) 放課後等デイサービス 2日/月	
	申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援		4月以降に小学校入学前の方は「児童発達支援」にチェック
	<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		4月以降に小学校以上の方は「放課後等デイサービス」にチェック
	<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		

児童支援利用計画又は通所支援利用計画を作成する必要があるときは、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、海老名市から指定児童相談支援事業者、通所支援事業者若しくは児童入所施設の関係人に提示することに同意します。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	<input 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。いずれにも当てはまらない場合は×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	収入に含まれるものは、次のとおりです。 ① 地方税法にある合計所得金額(給与所得など) ② 障がい事由に支給される公的年金(障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・特別障害給付金など) ③ 特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当など(市重度心身障害者等福祉手当・県在宅重度障害者等手当は収入に含まれません)
	<input 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 ※ 在園証明等が必要になります。	
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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	海老名 母美	申請者との関係	妻
住所	〒 申請者と同じ		
電話番号			

申請者本人以外の方が提出した場合のみ、必要事項を記入。