

書 き 方 見 本

児

太枠内は必ずご記入ください

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

(保 申 護 請 者 者)	フリガナ	イナギ タロウ	生年月日	昭和 60 年 〇 月 〇 日
	氏 名	稲城 太郎		
	居 住 地	〒 206 -0000 稲城市東長沼2111		
支 給 申 請 に 係 る 児 童 氏 名	フリガナ	イナギ ナシミ	生年月日	平成 30 年 〇 月 〇 日
	稲城 梨美	続 柄		
	☐ 身体障害者手帳	☐ 愛の(療育)手帳	☐ 精神障害者保健福祉手帳	☒ 発達障害、指定難病、自立支援医療など

申 請 す る サ ー ビ ス	サ ー ビ ス の 種 類				申請に係る 具体的内容
	訪 問 系 ・ そ の 他	☐ 居 宅 介 護	日 中 活 動 系	☒ 児 童 発 達 支 援	申請・変更理由など 療育が必要と診断を 受けたため。 通う事業所が 増えたため。 希望する日数 15日(週3日) (●●事業所1日) (★★事業所2日)
		☐ 重 度 訪 問 介 護		☐ 医療型児童発達支援	
		☐ 同 行 援 護		☐ 放課後等デイサービス	
		☐ 行 動 援 護		☐ 居宅訪問型児童発達支援	
		☐ 短 期 入 所		☐ 保育所等訪問支援	
		☐ 重度障害者等包括支援	相 談 支 援	☐ 障 害 児 相 談 支 援 事業所名()	

障害支援区分認定調査を行うために必要がある時は、ご本人・ご家族の連絡先及び概況を認定調査員に情報提供することに同意します。

サービス等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、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、稲城市長から指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

【同意欄】申請者氏名 稲城 太郎

世帯の状況	世帯員について以下に記入すること。 ※児童と生計を同一にする世帯員については、同居・別居に関わらず全て記入してください。					
		氏名	生年月日	年齢	関係	住所及び個人番号(本年1月1日に 稲城市内に在住されていなかった方のみ)
	利用者	稲城 梨美				住所: 個人番号:
	保護者	稲城 太郎	S60.O.O		父	住所: 個人番号:
		稲城 花子	SO.O.O		母	住所: 個人番号:
	世帯員	稲城 梨男	HO.O.O	〇〇歳	兄	住所: 個人番号:
				歳		住所: 個人番号:
				歳		住所: 個人番号:
				歳		住所: 個人番号:
				歳		住所: 個人番号:

申請する減免の種類	利用者負担上限月額の設定について、下記の区分の適用を申請します。 <u>(全員チェックをお願いいたします。)</u>			
	☐ 生活保護受給世帯	☐ 非課税世帯 又は課税状況が不明	☒ 課税世帯 (所得割額の合計が28万円未満の方)	☐ 課税世帯 (左記以外の方)
	☐ 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※ 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。			
	☐ 多子軽減措置を 申請します。	支給申請に係る児童が第何子に該当するかご記入ください。 ※在園証明書等が必要な場合があります。 ※無償化対象の方(満3歳になった年度の翌年度の4月1日から小学校就学まで)は記入不要です。 ☐ 第2子(総費用額の5/100) ☐ 第3子(0円) ☐ その他()		
	【対象者(利用児童が未就学児で兄又は姉がおり、下記①か②に該当する方)】			
	①児童通所事業利用児童の未就学の兄・姉が幼稚園等(下記参照)に通っている。 ②市町村民税所得割の合算が77,101円未満の世帯。 【多子軽減措置の対象となる施設】 幼稚園、特別支援学校の幼稚部、保育所、情緒障害児短期治療施設、認定こども園 障害児通所支援(児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援)			

【医療型児童発達支援】を申請する場合のみ記入してください。			
被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号	

申請書提出者	☒ 申請者本人 ☐ 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		