

障害児通所給付費等に関する(新規・更新・変更)申請書

障害児通所給付費 肢体不自由児通所医療費 障害児相談支援給付費
支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

(あて先)広島市長様

次のとおり申請します。

また、利用者負担上限月額に関する認定に際して、広島市長が必要と認める場合には、私及び私(または私の保護者)の世帯員について、生活保護の受給状況その他の事項を調査・確認されること及び、市民税等課税状況の情報を市民税担当課に確認の上、利用されることに同意します。なお、調査等については私(または私の保護者)の世帯員の同意を得ています。また、児童の入所状況等について、関係各課又は関係自治体及び児童福祉施設に対して必要な情報提供をすることに同意します。

＜枠内をご記入ください。＞

				受給者証番号	003	
				申請年月日	令和 年 月 日	
申請にかか る児童の保 護者	フリガナ			フリガナ		続柄
	氏名			申請にかかる 児童氏名		
	生年月日	昭和 年 月 日(歳)		児童 生年月日	平成 年 月 日(歳)	
	居住地	〒 ー 電話番号()※日中に連絡が取れる番号				
対象種別	手帳の種類	身体・療育・精神	手帳番号・等級	.	有効期限 (定めのある場合)	令和 年 月 日
	その他 (受給者証、主治 医意見書等)	自立支援医療費受給者証(精神通院)(有効期限:R . .) / 主治医意見書(作成日:R . .) 特定医療費(指定難病)受給者証 / その他()				
健康保険情報 (肢体不自由児通所医療を 利用する場合のみ)		被保険者証の 記号及び番号			保険者名及び 保険者番号	

＜該当する項目にチェック(☑)、記入してください。＞

申請するサ ービスの種 類等	更新時のみ	☐ 現在利用しているサービスを継続して利用したい。				
		前回からの心身の状況の変化	☐ 有 (変化の内容:) ☐ 無			
	障害児通所給付費(※更新時は、変更があった場合に☑)					
	☐ 児童発達支援			☐ 放課後等デイサービス		
	☐ 医療型児童発達支援			☐ 保育所等訪問支援		
	☐ 居宅訪問型児童発達支援					
	計画相談支援・障害児相談支援給付費(※更新時は、変更があった場合に記載)					
	☐ 計画相談支援・障害児相談支援給付費 (利用事業所名)					
変更内容 (変更時のみ)		上記のサービスについて ☐ 日数の変更 ☐ サービスの追加 ☐ その他()				
利用中の施設名等						
点字による通知		☐ 希望する ☐ 希望しない				

＜申請者ご本人以外の方が申請書を提出する場合は以下の欄を記入してください。＞

提出者	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒 電話番号()		

①
月
額
負
担
上
限
額

利用者負担上限月額に関する認定を受けることを申請します。 ※この申請をもって、利用者負担上限月額に関する認定を受けることに同意したとみなします。
＜認定区分＞
① 生活保護世帯に属する方
② 市民税が非課税の世帯(※1)に属する方
③ 市民税が課税されている世帯(※1)(所得割額(※2)が28万円未満)に属する方
(移動支援を申請する場合)
③—1 市民税が課税されている世帯(※1)(所得割額(※2)が4万円未満)に属する方
③—2 市民税が課税されている世帯(※1)(所得割額(※2)が4万円以上28万円未満)に属する方
④ 市民税が課税されている世帯(※1)で、③以外の世帯に属する方

※1 市民税の課税又は非課税を判定する世帯の範囲は、当該障害児の保護者が属する世帯とします。
※2 「市民税所得割額」は、「住宅借入金等特別税額控除」による税額控除前の額であって、かつ「従前の年少者扶養親族等に対する扶養控除」による税額控除後の額とします。

＜該当する項目にチェック(☑)してください。(年少未満児のみ。)>

②
申
請
す
る
減
免
の
種
類

【児童発達支援、医療型児童発達支援及び居宅訪問型児童発達支援(未就学児)を利用する市民税課税世帯に属する方】
☐ 広島市の利用者負担助成制度の適用を申請します。

【多子軽減措置に該当する方】
☐ ① 第2子に該当する方
② 第3子以降に該当する方
(対象)ア. 市民税所得割が77,101円以上の世帯で、就学前の障害児通所支援を利用する児童の兄や姉が幼稚園、保育所、認定こども園、特別支援学校幼稚部、児童心理治療施設、特定保育、家庭的保育事業等を利用している方
イ. 市民税所得割が77,101円未満の世帯で、就学前の障害児通所支援を利用する児童の兄や姉がいる方(※年齢は問いません。)
※ 別紙「障害児通所支援に係る利用者負担の多子軽減に係る調査兼同意書」もご記入ください。

＜住民票上の世帯員及び生計同一の世帯員についてご記入ください。＞

	氏 名	生 年 月 日	年 齢	利用する 児童との 関係	障害児通 所の利用 の有無	税法上の扶養親族 ※ 市民税課税世帯の方であつて、世帯に19歳未満の方を扶養している方がいる場合のみ記入して下さい。				令和 年 1月1日の 居住地	市民税額 (年度) ※記入は不要です。
住 民 票 上 の 世 帯 員 及 び 生 計 同 一 の 世 帯 員	個人番号:	昭・平 年 月 日 令	歳		有・無	☐	税法上の 扶養者	☐	税法上の 被扶養者	広島市・ () 市・区・町・村	☐ 所得割 (円) ☐ 均等割のみ
	個人番号:	昭・平 年 月 日 令	歳		有・無	☐	税法上の 扶養者	☐	税法上の 被扶養者	広島市・ () 市・区・町・村	☐ 所得割 (円) ☐ 均等割のみ
	個人番号:	昭・平 年 月 日 令	歳		有・無	☐	税法上の 扶養者	☐	税法上の 被扶養者	広島市・ () 市・区・町・村	☐ 所得割 (円) ☐ 均等割のみ
	個人番号:	昭・平 年 月 日 令	歳		有・無	☐	税法上の 扶養者	☐	税法上の 被扶養者	広島市・ () 市・区・町・村	☐ 所得割 (円) ☐ 均等割のみ
	個人番号:	昭・平 年 月 日 令	歳		有・無	☐	税法上の 扶養者	☐	税法上の 被扶養者	広島市・ () 市・区・町・村	☐ 所得割 (円) ☐ 均等割のみ
	個人番号:	昭・平 年 月 日 令	歳		有・無	☐	税法上の 扶養者	☐	税法上の 被扶養者	広島市・ () 市・区・町・村	☐ 所得割 (円) ☐ 均等割のみ

＜利用開始予定日時点の通園・通学状況についてご記入ください。＞

通園・通学状況について		☐ 通園 ☐ 就学 ☐ その他()	
通園・通学先	学校名等	学年等	

※自治体記入欄

本人確認	手帳(身・療・精神)・免許・旅券・個力・住力・在力・保・被保 介護・年金・社証・学証・その他()	代理権確認	戸籍・登記・委任状 その他()
------	--	-------	---------------------