

# 障害児通所給付費 支給(変更)申請兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

新規申請     更新申請     変更申請    ※該当する申請へ「レ」点をつけてください。

(申請先)

横浜市 青葉 区長	(申請書記入者)	(利用者との関係)
-----------	----------	-----------

所名	電話
----	----

申請年月日	令和 7 年 月 日
-------	------------

申請者 氏名	アオバ タロウ <b>青葉 太郎</b> (印)	性別	男	生年月日	
-----------	-----------------------------	----	---	------	--

住所(居住地)	〒2XX-XXXX 横浜市	電話番号	045-123-4567
---------	------------------	------	--------------

利用者 氏名	フリガナ <b>青葉 花子</b>	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	0000年×月△日
-----------	----------------------	----	---------------------------------------	------	-----------

住所(居住地)	申請者と同じ	電話番号	申請者と同じ
---------	--------	------	--------

医療保険 被保険者証	記号	番号	保険者番号	保険者名称
---------------	----	----	-------	-------

身体障害者 精神保健福祉	号	療育手帳番号	号
-----------------	---	--------	---

サービス種類	支給量	支給期間
例)児童発達 基本	10 日/月	令和 6年 4月 1日 ~ 令和 7年 3月31日
例)保育所等訪問支援事業	1 日/月	令和 6年 4月 1日 ~ 令和 7年 3月31日

※太ワク内の必要事項を記入してください。(裏面もあります。)

地域療育センターあおばでの計画作成となるため  チェック

申請する支援の種類及び内容(変更理由)

<input type="checkbox"/> 障害児相談支援 (利用する・利用しない)	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問 児童発達支援センター 児童発達支援事業所 <b>利用の方は</b>	利用日数: 1・2 日/月 (○をつけてください)
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 →児童発達支援に <input checked="" type="checkbox"/> チェック	医療型児童発達支援
① 利用事業者: 例)地域療育センターあおば	利用曜日: 月・ <input checked="" type="radio"/> 水・ <input checked="" type="radio"/> 木・金・土・日 (4月1日~)
② 利用事業者:	利用曜日: 月・火・水・木・金・土・日 (月 日~)
③ 利用事業者:	利用曜日: 月・火・水・木・金・土・日 (月 日~)

変更内容: **令和7年4月1日からの利用を申請するすべての事業所名(教室名)、利用曜日に○、利用開始日(4月1日)をご記入ください。**

私は、以下の

- 障害児通所給付費の支給及び障害児通所支援にあたり利用のあつせん・調整・要請のため必要があるときは、支給決定にかかる調査資料(勘案事項調査票、その他関係資料等)を障害児通所支援を行う施設(事業者)の関係者に提示すること及び施設(事業者)から資料の提供を受けること。
- 障害児通所給付費支給にかかる利用者負担の確認にあたり、区役所が利用者本人及び世帯員の所得状況等に関
- 係るときは、通所支援の利用に関する意向聴取  
談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害  
児入所施設の関係者に提示すること。

必ず申請者(生計中心者)と同じ氏名をご記入ください。  
記入者が異なる場合は捺印して下さい。

申請者署名欄 (印) 本人自署の場合、押印は不要です。

■世帯の状況について記入してください。

氏名	生年月日	利用者からみた続柄	16歳未満の扶養親族等の人数	市民税の状況 (所得割額/年税の場合)	確認
利用者	年 月 日	本人			円
同一世帯員	年 月 日			<input type="checkbox"/> 非課税	円
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 課税	円
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 非課税	円
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 課税	円
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 非課税	円
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 課税	円
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 非課税	円
【市民税 差引所得割額の合計額】					円

※同一世帯員には、サービスを利用する児童の親が単身赴任等で別世帯である場合も含まれます。

【市民税 差引所得割額の合計額】

■太ワク内の該当する項目にチェック (  ) してください。

申請する減免の種類	
I 利用者負担上限月額に関する認定について、次の区分の適用を申請します。	
<input type="checkbox"/>	1 生活保護受給世帯の方
<input type="checkbox"/>	2 市民税非課税世帯の方
<input type="checkbox"/>	3 市民税課税世帯 (所得割28万円未満)
	制度・控除の種類
	住宅借入金等特別税額控除 (住宅取得控除)
	寄附金税額控除 (ふるさと納税等)
	年少・特定扶養控除
	寡婦 (夫)
II 未就学児の	
	1 利用児童が第3子以降に該当する児童
	2 利用児童が第3子以降に該当する児童
III 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免、特例補足給付) に関する認定	
<input type="checkbox"/>	生活保護への移行防止措置 ( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 ) を申請します。
	※対象要件 境界層対象者証明書が必要です。

■主治医について記入してください。 ※利用者に主治医がいる場合のみご記入ください

主治医の氏名	新井ひでえ/開田美保/根本文子/高礼美/野澤政代 甲賀健史/中村智朗/羽田純子/太田陽	医療機関	地域療育センターあおば
所在地	横浜市青葉区黒須田34-1		
	電話番号	045(978)5112	

かかりつけ医をご記入いただくこともできます。その際には当該医療機関名、所在地、電話番号をご記入ください。地域療育センターあおばの主治医(現時点での主治医)をご記入される場合には上記見本を参照してご記入ください。

確認者

(受理印)