

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 8 年 月 日	
申請者	フリガナ	アオバ タロウ		性別	生年月日
	氏名	青葉 太郎		男	
利用者	住所(居住地)	〒2XX-XXXX 横浜市青葉区		電話番号	045-123-XXXX
	フリガナ			性別	生年月日
利用者	氏名	青葉 花子		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	0000年×月△日
	住所(居住地)	申請者に同じ		電話番号	申請者に同じ
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	現在お持ちの受給者証の内容を記入して下さい。		号	療育手帳番号	号
精神保健福祉	号		号		

すでに受給者証をお持ちの方も初めて申請する方も新規申請に✓チェックしてください。

空欄にして下さい。

申請者は「生計中心者」を記入して下さい。

現在お持ちの受給者証の内容を記入して下さい。

※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。)

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 7年4月1日 ~ 令和 8年3月31日
例)保育所等訪問支援事業	1 日/日	令和 7年4月1日 ~ 令和 8年3月31日

地域療育センターあおばでの計画作成は✓チェックし、地域療育センターあおばとご記入ください。あおば以外で計画相談を利用している方は事業所名をご記入ください。

現在の支給決定状況(障害児通所給付費・障害福祉サービス等)

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	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援センター・児童発達支援事業所	<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	所をご利用の方は →✓チェックし、事業所名をご記入ください。	利用日数: 1・2 日/月 (○をつけてください)
<input type="checkbox"/> 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"/> 金・土・日 (4月1日~) ② 利用事業者: 例)〇〇事業所あざみ野教室 利用曜日: 月・火・水・木・金・ <input checked="" type="radio"/> 日 (4月1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8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。

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。

私に

1 事業者(事業者)から資料の提供を受けること。必要があるときは、施設(事業者)の関係

2 障害児通所給付費支給にかかる利用者負担の確認をもち、区役所が利用者本人及び世帯員の所得状況等に関

3 関係するときは、通所支援の利用に関する意向聴取、通所支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示すること。

申請者署名欄

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

16歳未満及び16~18歳の扶養親族等の人数を記入してください

所得割額はわかる範囲でご記入ください。不明の場合にはご記入不要です。(表面の同意内容に基づき、区役所で所得状況を確認します。)

世帯全員の状況を記入してください!

※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。

■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。

1 生活保護受給世帯の方

2 市民税非課税世帯の方

3 市民税課税世帯 (所得割28万円未満) の方

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) 控除前の所得割の額で判定します。

寄附金税額控除 (ふるさと納税等)

年少・特定扶養控除 当該控除廃止前の所得割の税率で税額を計算します。

寡婦 (夫) (寡婦 (夫) が扶養親族又は生計を一にする子を養育する場合、税制度の寡婦 (夫) 控除を適用し得る場合があります。)

II 未就学児の多寡 (※該当する方)

1 利用児童が第3子以降に該当する児童
※兄や姉が利用している幼稚園等がある場合は記入してください。 第1子: _____ 第2子: _____

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

生活保護への移行防止措置 (定率負担減免措置 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。

わかる範囲でご記入ください。不明の場合にはご記入不要です。(表面の同意内容に基づき、区役所で確認します。)

利用されるお子様に、2026年度年長までの兄・姉がいる場合には記入してください。兄・姉がない場合には記入不要です。該当する場合、該当箇所へチェックを入れ、幼稚園名・保育園名等をご記入ください

■主治医について記入してください。 ※利用者には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/根本文字/高礼美/野澤政代/阿部ちひろ 甲賀健史/中村智朗/太田陽/小山田美香	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。

(受理印)

確認者