

## 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)
住 所	
氏 名	電 話
	申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			性別	続柄	生年月日
	氏名			男・女		年月日
	住所 (居住地)				電話番号	
利用者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			男・女	年月日	
	住所 (居住地)				電話番号	
医療保険 被保険者証	記号	番号	保険者番号	保険者名称		
身体障害者手帳番号		号	療育手帳番号	号		
精神保健福祉手帳番号		号				

※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。)

費 現 ・(在 障害の支 等福通 祉所決 サ給定 付状 ビ況	サービス種類		支給量	支給期間			
			日/月	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
			日/月	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
			日/月	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
		日/月	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		

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 [ 利用事業所 : _____ ] 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 (利用曜日に○をつけてください)							
① 利用事業者 :		利用曜日 : 月・火・水・木・金・土・日 ( 月 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 :

私は、以下の内容について同意します。

- 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っせん・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を関係機関に調査すること。
- 障害児支援利用計画又は通所支援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、区役所から指定障害児相談支援事業者、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	16~18歳の扶養親族等の人数	( ) 年度の市民税の状況		確認
					課税・非課税の別	差引所得割額/年(課税の場合)	
利用者	年月日	本人			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
同一世帯員	年月日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	年月日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	年月日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	年月日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	年月日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	年月日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	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みます。					【市民税 差引所得割額の合計額】		円

■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	※保護者の合計所得金額を記入ください。_____ 円
<input type="checkbox"/>	3 市民税課税世帯(所得割28万円未満)の方	※税源移譲前(6%)の所得割額を用います。
制度・控除の種類		説明・備考
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)控除のみなし適用		婚姻歴のない父又は母(事実婚は除く。)が扶養親族又は生計を一にする子を養育していて、所得要件等に該当する場合、税制度の寡婦(夫)控除を適用します。(非課税の階層に変わる場合があります。)
II 未就学児の多子軽減措置について、次の区分の適用を申請します。 (※該当する場合は、在園証明書等が必要になる場合があります。)		
<input type="checkbox"/>	1 利用児童が第2子に該当する児童 ※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: _____	
<input type="checkbox"/>	2 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		
<input type="checkbox"/>	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。		

■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		医療機関	
所在地	電話番号 ( )		

(区役所確認欄)

確認日	確認者

(受理印)

--