

第6号様式の2(第4条の4関係)

(表面)

(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)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先) 長崎市福祉事務所長

保護者

次のとおり申請します。

申請日 ○年 ○月 ○日

申請者	フリガナ	ナガサキ タロウ	生年月日	○年 ○月 ○日		性別
	氏名	長崎 太郎				
	居住地	〒000-0000 長崎市○○町○○番○○号				
		電話番号 090-0000-0000				
フリガナ	ナガサキ ジロウ	生年月日	○年 ○月 ○日			
支給申請に係る児童氏名	長崎 次郎	続柄	子	性別	男・女	
身体障害者手帳番号	000000	療育手帳番号	00000	精神障害者保健福祉手帳番号	00000	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び保険者番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援	【利用施設名】 ○○○○(事業所名) 23日/月
	☐ 医療型児童発達支援	
	☒ 放課後等デイサービス	
	☐ 保育所等訪問支援	
	☐ 障害児相談支援	

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は必要があるときは、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、長崎市福祉事務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に同意します。

申請者氏名 長崎 太郎

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		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 主治医欄は記載なくても構わない。 電話番号		

(裏面)

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子に該当する者 ※在園証明等が必要になります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置、□補足給付の特例措置)を申請します。 ※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。

負担上限月額の決定のため、次の表の申請者及び支給申請に係る児童の属する世帯の世帯全員の課税・所得状況について確認することに同意します。

◎世帯の状況等について(児童及び保護者の属する住民票上の世帯全員の状況を記載)

	氏 名	生 年 月 日	本人との関係	個人番号 (マイナンバー)	課税・非課税の別	市 記 入 欄
						所得割額(円)
申請者	長崎 太郎	〇〇〇〇	本人		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	
児 童	長崎 次郎	〇〇〇〇	子		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	
世 帯 員	長崎 花子	〇〇〇〇	妻		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	
	長崎 三郎	〇〇〇〇	子		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	
					☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	
						計

※祖父母が同居していても、住民票が別なら記載しなくてよい。

※単身赴任で別居している保護者は、記載する。