

新規・変更・更新

障がい児通所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) 八尾市福祉事務所長

次のとおり申請します。

提出年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名	個人番号:		平成			
	居住地	〒					
	フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名	個人番号:	続柄				
身体障がい者手帳番号		療育手帳番号		精神障がい者保健福祉手帳番号		疾病名(難病の方)	

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援(※計画相談支援必須)	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		
サービス等利用状況	利用中のサービスの種類と内容等	

利用者負担額の決定に当たり、府・市民税課税台帳にある申請者及び世帯員の府・市民税課税状況及び申請者の収入状況並びに生活保護受給者台帳の確認を行うことに承諾します。また、サービスの利用等の際に、八尾市と関係機関(指定事業所・施設、医療機関、行政機関など)が連絡調整を行い、サービス利用や決定に必要な情報を共有することに同意します。

申請者

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
		電話番号	

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	<p>I 負担上限月額に関する認定</p> <p>下記の区分の適用（変更）を申請します。（あてはまる番号に○をつけてください。）</p> <ol style="list-style-type: none"> 生活保護受給世帯である。 市町村民税非課税世帯である。 <p style="margin-left: 40px;"> <u>児童発達支援のうち治療に係るもの（旧医療型児童支援）をご利用の方のみ、以下の項目にも○をつけてください。</u> ア・市町村民税非課税世帯で、合計所得金額及び障害者基礎年金の収入の合計金額が80万円以下の世帯である。 イ・市町村民税非課税世帯で、上記ア以外の世帯である。 </p> <ol style="list-style-type: none"> 市町村民税の所得割額合計が28万円未満の世帯である。 市町村民税の所得割額合計が28万円以上の世帯である。
	<p>II 多子軽減措置に関する認定</p> <p>下記の区分の適用（変更）を申請します。（あてはまる番号に○をつけてください。）</p> <ol style="list-style-type: none"> 第2子に該当する者。 第3子以降に該当する者。 <p>※ 在園証明等が必要となります。</p>

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

◎児童発達支援のうち治療に係るもの（旧医療型児童支援）を希望する場合は、次の欄を記入してください。

加入している保険証の 保険者番号			保険者名称		
記号		番号		被保険者名	