

障害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

いわき市長 様

サービスを利用する児童本人ではなく保護者名を記載してください。必ずしも世帯主と一致させる必要はありません。

申請者	フリガナ	ウメモト タロウ	生年月日	平成○年 ○月 □日
	氏名	梅本 太郎	個人番号	(12桁の個人番号を記載)
	居住地	〒970-8686 いわき市平字梅本21番地 電話番号 0246-22-7486		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	ウメモト イチロウ	生年月日	令和○年 ○月 □日
	氏名	梅本 一郎	個人番号	(12桁の個人番号を記載)
			続柄	長男
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号
難病名				
被保険者証の記号及び番号	各種障害者手帳をお持ちの場合は、障害者手帳の記載内容を確認のうえ記入してください。			

※ 「被保険者証の記号及び番号」欄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 放課後等デイサービス 23日/月 短期入所 14日/月 日中一時支援 5日/月	
	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"/> 医療型児童発達支援		
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		(希望支給決定日数や利用事業所名等を記載)
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

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の写しを、いわき市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者若しくは指定障害児入所施設の関係者又は医師意見書を記載した医師に提供することに同意します。

申請者氏名 梅本 太郎

同意する内容をよく読み、上記の申請者欄に記載の保護者氏名を記載してください。