別記様式第15号（第13条関係）

（表）

(障害児通所給付費　肢体不自由児通所医療費)

申請者欄には保護者名、障害児氏名欄はお子様のお名前・生年月日等をご記入ください。個人番号（マイナンバー）も忘れずにご記入ください。

記入した年月日を

ご記入ください。

支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

　　　文京区長　殿

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | 個人番号： | | | |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  １月１日現在の住民登録地である区市町村（※１）　　都道府県：　　　　　　　区市町村 | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 支給申請に係る障害児氏名 | | 個人番号： | | | |
| 続柄 | |  | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | 療育手帳番号 |  | | | 特定疾患医療受給者証番号 |  |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | |  | | 自立支援医療  受給者証番号 |  | | | 疾病名 |  |
| 被保険者証の記号及び番号(※２) | | |  | | | | 保険者名及び番号(※２) | |  |

※１　１月１日現在の住民登録地が文京区でない場合に記入すること。

手帳をお持ちでない場合、

診断名等をご記入ください。

手帳をお持ちの方は手帳に記載されている番号を

ご記入ください。

※２　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 | 障害児通所支援 | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | |
| 障害福祉サービス等  記　入　見　本  （様式が一部変更となりましたので、ご確認の上、ご記入をお願いします。） | | | 障害支援区分の認定 | | 有・無 | 区分等　１　２　３　４　５　６  非該当 | | | | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | |  | | | | | | | | |
| 申請するサービス | サービスの種類 | | | | | | | | | 申請に係る具体的内容 | | |
| □児童発達支援  □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  □居 宅 訪 問 型 児 童 発 達 支 援 | | | | | | | | | ご利用されるサービスにチェックを入れてください。 | | |
| 主治医  (※)  利用者負担額を設定するために文京区が庁内連携または個人番号を利用した情報連携により地方税関係情報を取得するには、**申請者を含めた世帯員の同意が必要になります**。保護者の属する住民票の同一世帯員全員の同意をお願いします（未収入の大学生以下の方は、記載不要です）。また、住民票上は別世帯であっても生計を一にする方がいる場合は同意が必要です。  同意が必要な方に対して、署名欄が不足する場合は、お手数ですが区までご連絡ください。 | | | 主治医の氏名 | |  | | | 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 | | 〒  電話番号 | | | | | | | |
| ※　主治医の欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。 | | | | | | | | | | | | |
| 個人情報利用同意 | | 申請者の利用者負担額の決定のために必要な個人情報について、文京区長が取得することに同意します。  　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、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、通所支援の利用に関する意向聴取の内容、区市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書、障害児通所支援受給者証の記載内容の全部又は一部を、文京区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又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。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 世帯員の氏名 | 申請者との関係 | 個人番号 | 生年月日 | |  | この欄は申請者（保護者）のお名前 | 本人 |  |  | |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯員の居住地（申請者を除く。） |  | | 〒  １月１日現在の住民登録地である区市町村　都道府県：　　　　　　区市町村 | □申請者と同じ |
|  | | 〒    １月１日現在の住民登録地である区市町村　都道府県：　　　　　　区市町村  （表）の同意者①②③の方の住所を記入してください。申請者と同じ場合は☑をつけていただければ、  住所の記載は省略可能です。 | □申請者と同じ |
|  | | 〒  １月１日現在の住民登録地である区市町村　都道府県：　　　　　　区市町村 | □申請者と同じ |
| 申請する減免の種類 | | * Ⅰ　負担上限月額に関する認定   　　　　以下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  該当の場合チェックをいれてください。  　　　2　区市町村民税非課税世帯に属する者  　　　3　区市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者  　　　 4　みなし寡婦（夫）に該当する者（婚姻によらないで母（父）となり、現在婚姻をしていない者。ただし、  　　　　　控除については、一定の要件を満たした場合に適用となります。）   * Ⅱ　多子軽減措置に関する認定   以下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  児童発達支援を申請された方で、多子軽減の対象となる場合は、  この欄に記入してください。  ２ 第３子以降に該当する者  同一世帯の乳幼児  申請に係る児童   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 氏名 | 生年月日 | 障害児との関係 | 保育園名、幼稚園名、  通園施設名等 | | 1 |  | 年　　月　　日 | 本人 |  | | 2 | 2 以降は該当する兄・姉について記入してください | 年　　月　　日 |  |  | | 3 |  | 年　　月　　日 |  |  | | 4 |  | 年　　月　　日 |  |  | | 5 |  | 年　　月　　日 |  |  | | | | |
| □　Ⅱ　生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置又は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(□自己負担減免措置、□補足給付の特例措置)を申請します。  申請者以外の方がご記入された場合は、代筆された方のお名前等をご記入ください。  　　注　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。 | | | |

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □　申請者本人　□　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 | | |