（第１面）

障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給申請書

兼利用者負担額減額・免除等申請書

年　　月　　日

　　　（宛先）旭川市長

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 氏名 | （個人番号：　　　　　　　　　　）印 |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 申請に係る児童氏名 | （個人番号：　　　　　　　　　　） |
| 続柄 |  |
| 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 |  |
| 疾病名 |  |
| 被保険者証の記号及び番号(※) |  | 保険者名及び番号(※) |  |

　※　「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は，医療型児童発達支援を申請する場合に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 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 |  |
| □医療型児童発達支援 |  |
| □放課後等デイサービス |  |
| □居宅訪問型児童発達支援 |  |
| □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，旭川市から指定障害児相談支援事業者，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。

申請者氏名　　　　　　　　　印

（第２面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主　治　医 | 氏名 |  |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する減免の種類 | □　Ⅰ　負担上限月額に関する認定　　　　次の区分の適用を申請します。　　　　（該当する番号を○で囲んでください。）　　　１　生活保護法による被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による被支援者　　　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（所得割額が28万円未満）に属する者 |
| □　Ⅱ　多子軽減措置に関する認定　　　　次の区分の適用を申請します。　　　　（該当する番号を○で囲んでください。）　　　１　第２子に該当する者　　　２　第３子以降に該当する者　※通園証明等が必要となります。 |
| □　Ⅲ　生活保護等への移行予防措置に関する認定　　　　生活保護法による被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による被支援者への移行予防措置を申請します。　※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。 |

　　いずれも，事実関係を確認できる書類を添付してください。ただし，市長が公簿等によって当該事実関係を確認できるときは，当該書類を省略することができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（次の欄に記入してください。） |
| ふりがな |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |