

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

大竹市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	大竹 知	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	○	○	○
	氏 名	大竹 太郎	生年月日	(年 月 日)											
	居 住 地	〒 電話番号													
フリガナ		オオタケ コタロウ	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	○	○	○
支給申請に係る 児 童 氏 名		大竹 小太郎	生年月日	(年 月 日)											
			続 柄	長男											
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号	広島県第○ 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(※)			記号○○ 番号○○		保険者名及び番号(※)			保険者名○○ 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、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

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
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	計画相談支援は○○事業所。
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	<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	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

障害児支援利用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、大竹市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 大竹 太郎

