

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

豊島区長

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													
申請に係る児童氏名	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	支給申請に係る児童氏名														
	個人番号											続 柄			
身体障害者手帳番号			愛の手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号			難病疾患名						

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（利用中の事業所名と、ひと月当たりの利用日数） （例）〇〇事業所 ●日/月 合計●日/月
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（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	ご利用される事業所名と、ひと月あたりの利用日数 （例）〇〇事業所 ●日/月 合計●日/月
	☐ 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。）	
	☐ 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		

同意書（次の項目に同意していただける方はレをお願いします）

- ☐ 利用者負担額決定のため、私及び私の世帯の状況、税務情報、手当受給状況を調査することに同意します。
（同意していただけない場合や、区外からの転入等の理由により税務情報等を確認できない場合には世帯全員の住民税課税証明書、または非課税証明書を提出していただきます。）
- ☐ 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を、豊島区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及び区役所内の関係部署に提示することに同意します。

（裏面に続く）

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	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 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄にしてください。) 1. 生活保護受給世帯 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※ ※「住宅借入金等特別税額控除(住宅ローン控除)」または寄附金税額控除を受けた場合のみ記入してください 住宅ローン区市町村民税控除額 円 寄附金税額控除額 円
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)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申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人(下欄に記入する必要はありません) ☐ 申請者本人以外		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		