第２号様式（第３条関係）（表）

障害児通所給付費支給（変更）等申請書　兼利用者負担額減額・免除等申請書

　□ 新規（継続）　□ 支給量変更

年　　月　　日

　箱根町長　様

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |  | 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※ |  |

※　医療型児童発達支援の利用を申請する場合、支給申請に係る児童の加入する医療保険について記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（変更）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 |
| □　保育所等訪問支援 |
| ※変更の理由 |  |

※　支給量の変更申請の場合、支給量の変更を要することとなった具体的な理由を記入してください。

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、箱根町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

（裏）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※主治医 | 主治医氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒電話 |

※　主治医がいる場合に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 負担上限月額の適用等に関する申請 | □　Ⅰ　負担上限月額に関する認定　　　　次の区分の認定を申請します。(当てはまるものに○をつける。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　　　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　　　　次の区分の認定を申請します。(当てはまるものに○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(負担上限月額減免措置)に関する認定　　　　生活保護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になります。 |

※　申請に際しては、町長が別に定める世帯状況・収入等申告書を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に氏名等を記入してください。） |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話　　　　　　　　　　　　　 |