

(表)

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

(宛先)新潟市長

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	郵便番号電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
支給申請に係る 障がい児氏名		続柄		
		個人番号		
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

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	
	☐ 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			

備考 該当する□にレ印を記入してください。

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新潟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

起 案	年 月 日					社 域 保 健 福 祉 セ ン タ ー		
	年 月 日							

市 記 入 欄	食事提供 体制加算	きょうだいの 利用
	該当・非該当	有・無

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	郵便番号		
		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。 (当てはまるものを○で囲んでください。) 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 世帯の市町村民税所得割額の合計が28万円未満の世帯に属する者
	☐ 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。 (当てはまるものを○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
	☐ Ⅲ 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(☐ 定率負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)を申請します。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄も記入してください。)		
氏名		申請者との関係	
住所	郵便番号		
	電話番号		

備考

- 1 該当する□にレ印を記入してください。
- 2 申請する減免の種類の実事関係を確認できる書類を添付してください。