

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	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

【個人番号記載欄】*保護者以外が提出する場合は、記入不要。

申請者(世帯主)	
児童	

<p>【重要】 障害児通所給付費の支給を受けようとするときは、通所給付の受給資格の有無を審査するために必要な要件があります。給付資格の有無を確認し、又は審査するため、下記の項目について市長が確認することに同意するときは、□に「レ」を記入してください。 なお、同意しないときは、受給資格を満たすことを証する書類の提出が必要となります。</p> <input type="checkbox"/> 住民基本台帳法に基づく記録を確認することを同意します。 <input type="checkbox"/> 市町村民税の課税状況を確認することを同意します。 <input type="checkbox"/> 通所給付決定を行うに当たって、市長が必要と認めるときは、児童相談所等に通所給付決定に係る情報を確認することを同意します。
申請者(世帯主)氏名 _____