別記様式第15号（第13条関係）

（表）

(障害児通所給付費　肢体不自由児通所医療費)

支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

　　　文京区長　殿

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  １月１日現在の住民登録地である区市町村（※１）　　都道府県：　　　　　　　区市町村 | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 支給申請に係る障害児氏名 | | 個人番号： | | | |
| 続柄 | |  | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | 療育手帳番号 |  | | | 特定疾患医療受給者証番号 |  |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | |  | | 自立支援医療  受給者証番号 |  | | | 疾病名 |  |
| 被保険者証の記号及び番号(※２) | | |  | | | | 保険者名及び番号(※２) | |  |

※１　１月１日現在の住民登録地が文京区でない場合に記入すること。

※２　医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用の状況 | 障害児通所支援 | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | |
| 障害福祉サービス等 | | | 障害支援区分の認定 | | 有・無 | 区分等　１　２　３　４　５　６  非該当 | | | | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | |  | | | | | | | | |
| 申請するサービス | サービスの種類 | | | | | | | | | 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  □居 宅 訪 問 型 児 童 発 達 支 援 | | | | | | | | |  | | |
| 主治医  (※) | | | 主治医の氏名 | |  | | | 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 | | 〒  電話番号 | | | | | | | |
| ※　主治医の欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。 | | | | | | | | | | | | |
| 個人情報利用同意 | | 申請者の利用者負担額の決定のために必要な個人情報について、文京区長が取得することに同意します。  　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必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、通所支援の利用に関する意向聴取の内容、区市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書、障害児通所支援受給者証の記載内容の全部又は一部を、文京区から指定障害児相談支援事業者、指定障害児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。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 世帯員の氏名 | 申請者との関係 | 個人番号 | 生年月日 | |  |  | 本人 |  |  | |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯員の居住地（申請者を除く。） |  | | 〒  １月１日現在の住民登録地である区市町村　都道府県：　　　　　　区市町村 | □申請者と同じ |
|  | | 〒    １月１日現在の住民登録地である区市町村　都道府県：　　　　　　区市町村 | □申請者と同じ |
|  | | 〒  １月１日現在の住民登録地である区市町村　都道府県：　　　　　　区市町村 | □申請者と同じ |
| 申請する減免の種類 | | * Ⅰ　負担上限月額に関する認定   　　　　以下の区分の適用を申請します(当てはまるものに○を付ける。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　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  　　　 4　みなし寡婦（夫）に該当する者（婚姻によらないで母（父）となり、現在婚姻をしていない者。ただし、  　　　　　控除については、一定の要件を満たした場合に適用となります。）   * Ⅱ　多子軽減措置に関する認定   以下の区分の適用を申請します（当てはまるものに○を付ける。）。  １　第２子に該当する者  ２　第３子以降に該当する者  同一世帯の乳幼児   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 氏名 | 生年月日 | 障害児との関係 | 保育園名、幼稚園名、  通園施設名等 | | 1 |  | 年　　月　　日 | 本人 |  | | 2 |  | 年　　月　　日 |  |  | | 3 |  | 年　　月　　日 |  |  | | 4 |  | 年　　月　　日 |  |  | | 5 |  | 年　　月　　日 |  |  | | | | |
| □　Ⅱ　生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置又は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(□自己負担減免措置、□補足給付の特例措置)を申請します。  　　注　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　□　申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |