

受給者証No. * * * * *

障害児通所給付費支給（変更）申請書

太枠内をご記入ください

☐ 新規申請

☒ 継続申請

☐ 追加申請

☐ 変更申請

小田原市福祉事務所 様

次のとおり申請します。

太枠内をご記入ください
(18歳未満は保護者が申請)

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ	オダワラ イチロウ		生年月日	昭和	45 年 4 月 1 日		
	氏 名	小田原 一郎			平成			
	居 住 地	〒 250-8555 小田原市荻窪300番地		電話 0 4 6 5 (〇〇) 〇〇〇〇				
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ	オダワラ アイ		生年月日	昭和	14 年 8 月 31 日		
	氏 名	小田原 愛			平成			
身体障害者 手 帳 番 号	神奈川県 第 〇〇〇〇〇 号	療育手帳 番 号	第 号	精神保健福祉 手 帳 番 号	第 号			
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 状況	障害福祉 関係 サービス	利用中のサービスの種類・支給決定日数・事業所名等を記入してください。	
		短期入所（福祉型） 3日／月	
		放課後等デイサービス 10日／月	
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	日/月	現在ご利用中のサービス をご記入ください
	☐ 医療型児童発達支援	日/月	
	☐ 放課後等デイサービス	日/月	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
	☐ 保育所等訪問支援	日/月	
変更の 理 由	※支給量の変更の場合、支給量を変更することとなった具体的な理由を記入してください。		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために、障害支援区分認定に係る調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、障害支援区分認定審査会における審査判定結果及び意見、医師意見書の全部又は一部並びに支給決定の内容について、小田原市福祉事務所から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者等の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

※処理欄 以上のとおり申請があったため、別紙のとおり決定して

起案日	年 月 日	施行日	年 月 日	課 長	太枠内をご記入ください (18歳未満は保護者が申請)	担 当
決裁日	年 月 日	送付日	年 月 日			

様式第2号（第3条、第5条関係）

主治医 (※)	医療機関名	診療科（科）	主治医氏名
	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申請

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 生活保護受給者

2 市町村民

3 市町村民

(1) 次の条件にすべて当てはまる方のみ○してください。

● サービスを利用する子の年齢は小学校入学前である。

● サービスを利用する子の兄・姉が保育園や幼稚園等に通っている。

(2) ここで言う「第2子」「第3子以降」とは小学校以上の兄・姉を除いて数えた順序となりますのでご注意ください。

☒ II 多子軽減措置に関する認定申請

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子に該当する者

※ 関係児童の通園先が発行する在園証明書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）に関する認定申請

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となります。

※ 申請に際しては、市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	☐ 本人申請 ☐ 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	〒		

保護者ご本人が提出する場合は、記入する必要はありません。
保護者ご本人以外が提出する場合は、その方のお名前等をご記入ください。

※ 処理欄

障害児支援計画案	有 ・ 無	相談支援事業所名 []
利用者負担額上限管理	有 ・ 無	上限管理事業所名 []
備考		