必ず提出

収入等申告書（児童）

（収入等申告書兼同意書）

船橋市長あて

次のとおり申告します

※太枠内は全て記入してください。

		記入年月日	令和	年	月	日
フリガナ		申請者生年月日	昭和 平成	年	月	日
申請者氏名						
フリガナ		児童生年月日	平成 令和	年	月	日
児童氏名						

1 同意欄 ※保護者の方の署名・捺印をお願いします。

・障害児通所支援の利用及び利用者負担上限月額の減額・免除等の申請にあたり、今後、認定事務に必要な私の世帯の住民票、税額、健康保険加入・納付状況、収入等及び児童の在籍学級その他の支給要件に関する調査をすることについて同意します。

※世帯員とは、申請保護者が属する住民票の世帯員全員を指します。保護者が単身赴任等で遠隔地に住民票を有する場合も対象となります。また、離婚調停中、内縁関係等により生計が同一としている方も対象とする場合がございます。

※支給要件に関することとは、身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳の交付及び申請状況、特別児童扶養手当の支給状況並びに児童の在籍校、在籍学級及び通級指導教室の確認を指します。

・障害児支援利用計画又は個別支援計画の作成その他障害児通所支援を利用するために必要があるときは、概況調査及び勘案事項聴取の内容、支援利用意向聴取の内容、医師意見書、障害児支援利用計画案（セルフプラン含む）、事業者との契約状況及び障害児通所給付費等の支給決定状況の全部又は一部を、船橋市から指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者、若しくは保育園・幼稚園・認定こども園・学校・放課後ルームの関係人に提示することに同意します。

・障害児通所給付費等の受給に係る個人情報について、障害児通所給付費等の支給のほか、自立支援給付等他部署にて障害児通所給付費等の支給に関する情報が審査等に必要な場合に利用することに同意します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

申請者自筆の場合には、押印の必要はありません。

次へ

2 生活保護受給状況

生活保護を受給していますか	□受給していない	□受給している （船橋市以外で受給している方は受給している自治体をご記入ください）（〇県〇〇市〇〇区） 自治体名：

次へ

3 住所地

令和6年1月1日現在船橋市に住民票がありますか	□ある	□ない 令和6年１月１日時点の住所をご記入ください（〇県〇市）

次へ

4 世帯員の受給状況の確認

申請児童の他に**通所受給者証**を持っている兄弟がいますか	□いない	□いる（児童氏名：　　）

次へ

5 医療的ケアについて（人工呼吸器、気管切開、吸引、酸素療法、経管栄養、導尿、排便管理等）

申請児童に医療的ケアの必要がありますか	□ない	□ある （医療的ケア名をご記入ください）