必ず提出

（第１号様式）

通所給付費申請書

（障害児通所給付費等支給申請書兼障害児通所給付費等利用者負担額減免申請書）

船橋市長　　あて

障害児通所給付費等の支給（障害児通所給付費等利用者負担額の減免）を受けたいので、次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	氏　　名	個人番号 □□□□ □□□□ □□□□		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
支給申請に係る児童の氏名		個人番号 □□□□ □□□□ □□□□	続柄	

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	
被保険者証の記号及び番号（※）		保険者名及び番号（※）			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入し、コピーを添付すること。

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、内容及び事業所等

	支援の種類	申請に係る具体的内容（利用施設名称）
申請する支援	□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	

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、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、船橋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（自署）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

!!裏面も必ずご記入ください!!

回・療育・①

こども発達相談センターを利用している場合は担当者名を記入。 担当者名：

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、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

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。 （当てはまるものに〇をつけ、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
	□　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。 （当てはまるものに〇をつける。） 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。
	□　Ⅲ　生活保護への移行予防措置（定率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（□定率負担減免措置　□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。

申請書提出者	□申請者本人　　□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		

＜特記事項＞

（職員記入欄）

【個人番号】
保護者　□マイナンバーカード　□通知カード＋本人確認書類　□その他（　　）
児　童　□マイナンバーカード　□通知カード　□その他（　　）