

認定調査日 月 日 時 分～

通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

宇治市長 あて

次のとおり申請します。

なお、申請者は、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、宇治市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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。

申請年月日 年 月 日

	新規	変更					
申請者 (保護者)	フリガナ 氏名 <small>(署名又は記名押印)</small>	印	生年月日	年 月 日			
	居住地	〒 宇治市	個人番号:	電話番号 ( ) -			
	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	支給申請に係る 児童氏名		続柄	個人番号:			
身体障害者 手帳	有 無	療育手帳	有 無	精神障害者保健 福祉手帳	有 無	自立支援医療 受給者証	有 無
被保険者証の記号・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、医療型児童発達支援を申請する場合記入  
保険証のコピーを添付する場合は記入不要

サービス利用の状況	障害福祉サービス関係・児童通所給付費関係	
申請する 支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	児童発達支援	
	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		

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外 (下欄に記入)	
フリガナ 氏名		申請者との関係	
住所	〒	電話番号	

(裏面あり)

## 障害児通所給付費の支給決定にあたり 必要となる個人情報確認 同意書

障害児通所給付費にかかる利用者負担上限月額等の認定にあたり、以下の台帳等を参照又は閲覧もしくは確認することについて同意します。

- 1 住民基本台帳
- 2 市町村民税に係る課税台帳等の市町村民税関係公簿
- 3 生活保護台帳
- 4 障害に係る各種手当（特別児童扶養手当等）の受給者台帳
- 5 公的年金の受給状況
- 6 その他、申請の内容により必要となるもの

宇治市長 あて

年 月 日

（同一世帯の全員分についてご記入ください。）18歳未満は記入不要です。

(申請者) 氏名
(配偶者) 氏名 個人番号：
氏名 個人番号：
氏名 個人番号：
氏名 個人番号：
氏名 個人番号：

### 【注意事項】

利用者負担上限月額は、原則住民基本台帳上の世帯（18歳以上の者のみ）の課税状況で設定するため、世帯全員の課税状況を確認する必要がありますので、漏れなく氏名、個人番号、押印をいただきますようお願いいたします。