

障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先) うきは市福祉事務所 様
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				
	氏 名	個人番号:						
	確認事項	所得状況について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。						
	居住地	〒						
電話番号								
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ			生年月日				
	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		疾病名		
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と内容等

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（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	☐ 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、うきは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。

申請者氏名