

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

(宛先) 奈良市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏 名	個人番号：					
	居 住 地	〒					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		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「保険者名及び番号」欄は、児童発達支援（児童福祉法第 21 条の 5 の 29 に規定する肢体不自由児通所医療に限る。）を申請する場合記入すること。

利用サービスの 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		
	☐ 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は必要があるときは、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、奈良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

						受給者番号	
奈良市 処理欄	個サポ I	強度	支 給 期 間	モ頻・セ	モニタリング月	相談支援事業所	
	有・無	有・無	R 年 月 日～ R 年 月 日		R 年 月～ R 年 月		
	障害手帳	医ケア	上限月額	複数児童	食事加算	多子軽減	夏季休暇
	身・療・精 ()		封入 有・無	有・無	有・無	第 2 子・第 3 子 R 年 月 日 ～R 年 月 日	7 月・8 月

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

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○をつける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援給付を受けている世帯 2. 市区町村民税非課税世帯に属する者 3. 市区町村民税課税世帯(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○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 ※ 通園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護又は中国残留邦人等支援給付への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護又は中国残留邦人等支援給付への移行予防措置(☐ 自己負担減免措置 ☐ 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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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		