

様式第3号（第5条関係）

障がい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

会津坂下町長

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		年 月 日
	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
被保険者証の記号及び番号(※)		被保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「被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すること。

サービス利用の状況	障がい福祉 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	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

障がい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、会津坂下町から指定障がい児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障がい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

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	<input type="checkbox"/> 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。 (あてはまるものに○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 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
	<input type="checkbox"/> II 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)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		

世帯状況・収入等申告書

会津坂下町長

申告年月日 年 月 日

申告者（保護者）住所
（保護者）氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申請者				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名		申請者 との関係	
住所	〒 電話番号		

（記入上の注意）

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第4号（第5条、第14条関係）

同 意 書

会津坂下町長

児童福祉法に基づく給付決定のため、私及び私の世帯員の資産、収入及び課税状況について
会津坂下町長が、調査・閲覧することに同意します。

年 月 日

(申請者)

印

(同一世帯者)

印

印

印

印

印

注 意 事 項

- 1 同一世帯者として同意をいただく方は同居する家族の方全員です。ただし、同一世帯者のうち18歳未満で収入が無い方は除きます。
- 2 課税状況を確認した結果、申請書に記載した所得区分が変更される場合があります。