

受給者番号 一

第1号様式(第2条、第4条関係)

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 【 新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 取消 】

(提出先)
平塚市長

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		個人番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	氏名		生年月日	年	月	日					
	居住地	〒	電話番号								
フリガナ			個人番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
支給申請に係る 児童氏名			生年月日	年	月	日					
			続柄								

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 : _____ 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳 : A1・A2・B1・B2
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 : _____ 級	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他 (診断書/支援級/_____)
重心判定	有・無 <input type="checkbox"/> 利用計画案提出 (事業所名 _____)

サービス利用の状況	利用中のサービスの種類、内容等		
申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的な内容、施設名等
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		日/月	<ul style="list-style-type: none"> ・上限管理(有・無) ・兄弟児(有・無) ・サポート加算(該当・非該当)

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	<input type="checkbox"/> 該当しない。 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。) 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 多子軽減措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 該当しない。 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。) 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。
	<input type="checkbox"/> 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。

(1) 個人情報の提供に関する同意
<input type="checkbox"/> 私は、サービス等利用計画等の作成又は通所支援の利用に当たり、必要不可欠な情報であると市長が判断した場合に限り、市長が相談支援事業者又はサービス提供事業者等へ情報を開示することに <u>同意いたします。</u>
(2) 市民税、介護保険情報等の取得に関する同意
<input type="checkbox"/> 私は、通所支援の利用に当たり、必要な情報(市民税課税資料、介護保険情報等)を関係機関から市長が取得することに <u>同意いたします。</u>
<input type="checkbox"/> 私は、上記の情報を取得することに <u>同意しません。</u> については、市長の求めに応じ、市民税課税情報、介護保険情報等を添付します。

備考 個人情報とは、平塚市が保有するサービス利用意向聴取の内容、利用計画又は個別支援計画の内容、支給決定サービスの内容等をいいます。

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	〒 □申請者と同じ 電話番号