

障害児通所給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

宇都宮市長 様

次のとおり申請します。

新規・更新・変更

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ		生 年 月 日	昭和	年 月 日	
	氏 名			平成		
	居 住 地	〒 宇都宮市				
	電話番号：					
	フリガナ		生 年 月 日	平成	年 月 日	
支給申請に係る 児 童 氏 名			続 柄			

障害の証明となるもの（該当するものに○）

※お手持ちの通所受給者証は証明になりません。

身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者手帳	在籍申告書
子ども発達センターでの診断 (診断名：)	医療機関の診断書 (診断名：)	その他 ()	

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	支給量：	日／月
	☐ 児童発達支援（重症心身障害児）※ <u>身体・知的両方の証明</u> 添付	支給量：	日／月
	☐ 児童発達支援（医療的ケア区分）※ <u>医療的ケア判定スコア</u> 添付	支給量：	日／月
	☐ 児童発達支援（児童発達支援センターにおいて併せて治療を行う場合） ※ <u>お子様の保険証のコピー</u> 添付	支給量：	日／月
	☐ 放課後等デイサービス	支給量：	日／月
	☐ 放課後等デイサービス（重症心身障害児）※ <u>身体・知的両方の証明</u> 添付	支給量：	日／月
	☐ 放課後等デイサービス（医療的ケア区分）※ <u>医療的ケア判定スコア</u> 添付	支給量：	日／月
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	支給量：	日／月
☐ 保育所等訪問支援	支給量：	日／月	

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
	居住地	〒 宇都宮市	
電話番号：			

（裏面に記入欄あり）

家族の状況

※別世帯に生計を同一とする者がいる場合（単身赴任等），その方についても記入してください。

	氏 名	生年月日	児童との 関 係	職 業 就学や就園状況	障害児通所 受給者証の 有 無	障害児通所 受給者証の 番 号
利用 児童			本人			
世帯主						
世帯員					有 無	
					有 無	
					有 無	
					有 無	
					有 無	
					有 無	
					有 無	

同 意 書

（あて先）宇都宮市長

障害児通所給付費等の支給申請にあたり，次の事項について同意します。

- ① 障害児通所給付費等の支給決定のために必要があるときは，他の行政機関，指定医療機関，指定障害児相談支援事業者，指定障害児通所支援事業者，指定訪問看護事業者または障害福祉サービス事業者から，支給申請に係る児童の健康状態及び生活状況その他支給決定のために必要な情報を収集すること
- ② 障害児通所給付費等に係る利用者負担額の決定のため，申請者及び申請者の属する世帯の世帯員の所得及び課税状況を確認すること
- ③ 支給申請に係る児童の障害児通所支援等の効果的な利用を支援するために必要があるときは，通所給付決定に係る情報その他障害児通所支援等の効果的な利用に資すると期待される情報を他の行政機関，指定医療機関，指定障害児相談支援事業者，指定障害児通所支援事業者，指定訪問看護事業者または障害福祉サービス事業者に提供すること
- ④ 障害児通所給付費等を指定障害児通所支援事業者等に代理受領させること

令和 年 月 日 申請者氏名：

（代筆者氏名： 申請者本人との関係： ）

個人情報の取扱いについて

宇都宮市においては，宇都宮市個人情報保護条例に則り，本市が知り得た個人情報について，上記の目的以外に使用することは一切ありません。