

様式第 1 号

- 障害児通所給付費支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書
- 障害児相談支援給付費支給申請書兼計画相談支援依頼届出書
- セルフプラン届出書

鎌倉市長 殿

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							
	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								
身体障害者 手帳番号		療育手帳 手帳番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名		
肢体不自由児通所医療被保険者証 記号及び番号					保険者名及び番号			
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 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 (日/月) <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (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)					
申 請 す る サ ー ビ ス	サービスの種類及び具体的な内容							
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (日/月)					(変更の理由及び変更後の支給量等)		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (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)							
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、鎌倉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								

利用予定障害児相談事業所の情報				
事業所名				
所在地	〒			
	電話番号			
主治医	主治医氏名		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 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。 (あてはまるものに○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 ※ 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(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <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。			
私は、通所給付費の利用者負担及び減額・免除にかかる市民税課税状況等の確認について市職員が調査することに同意します。 年 月 日 鎌倉市長 殿 申請者氏名				
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			
<input type="checkbox"/> 送付先は、表面記載の「申請者居住地」以外の、次の住所を指定します。				
送付先氏名		申請者との続柄		
住所	〒			
	電話番号			