

児童通所給付費支給申請書 兼 障害児相談支援給付費支給申請書
兼 利用者負担額減額・免除等申請書

〇月末（児）

徳島市長 様
次のとおり申請します。

【太枠内をご記入ください】

申請者（保護者）	フリガナ			申請年月日	令和 年 月 日			
	氏 名	1		受給者証番号 (更新の場合のみ)				
	居住地	〒 徳島県徳島市		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	電話番号	(日中に連絡可能な番号) :		個人番号				
フリガナ	(保護者氏名) 2		続柄	生年月日	平成・令和 年 月 日			
児童氏名	(児童氏名)			個人番号				
児童通所支援を申請した経緯 (新規の場合のみ)	☐ 保育士 ☐ 保健師 ☐ 教師 ☐ 主治医 ☐ 知人等 ☐ インターネット等 ☐ その他 ()		<保育所・学校等からの指摘事項等>					
障害者手帳	有 ・ 無	(身体障害者手帳番号)	3		(療育手帳番号)	(精神障害者保健福祉手帳番号)		
特別児童扶養手当 精神通院医療 小児慢性特定疾病医療	有 ・ 無	(特別児童扶養手当番号)	4		(精神通院医療受給者証番号)	(小児慢性特定疾病医療受給者証番号)		
医師の診断書等	有 ・ 無	<提出予定日> 年 月 頃	※医師の診断書等を理由に支給決定する場合は提出必要 (更新申請について、過去に更新後の支給決定日から起算して3年以内に診断された診断書等を提出していない場合は提出必要)					
特別支援学級等の在籍証明書	有 ・ 無	<提出予定日> 年 月 頃	※特別支援学級等に在籍又は通級していることを理由に支給決定する場合は提出必要					
利用中の障害福祉関係サービス	有 ・ 無	☐ 居宅介護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所 ☐ 同行援護 ☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ その他 ()						
申請する支援	【児童通所支援】			【障害児相談支援】				
	☐ 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	利用予定施設名 5		☐ 障害児相談支援 (相談支援を依頼した事業所名) ☐ セルフプラン				

【 同 意 書 】					
児童通所給付費等の利用者負担額の減額・免除等の決定に必要な場合は、この申請に係る、世帯状況、所得の課税状況、生活保護受給状況、特別児童扶養手当等受給状況、その他必要な事項を徳島市長が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。 また、世帯員に給与所得又は公的年金等所得以外の所得があるにもかかわらず市民税の申告をしていない者（所得税の確定申告をされた方は除く。）がいる場合、直ちに申告することに同意します。 その他、児童通所支援利用計画又は通所支援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、徳島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（保護者）氏名 6					

<< 裏面へ続く >>

市記入欄	<必要書類等> ☐ 調査表 ☐ 理由書 ☐ 医ケア判定シート	<聴き取り（日時等）> 市 ・ TEL（自宅・父・母）	<課税状況> ☐ 申告済み ☐ 未申告（ ☐ 被扶養者 ☐ 生活保護） →上記以外の未申告への案内 ☐ 済	(確認者)	
	<特記事項>	課長	課長補佐	係長	係
		(決裁)	(承認)	(承認)	(確認)

①

申請日 申請日を記入してください。

受給者証番号 更新申請の場合、現在の受給者証番号を記入してください。

申請者 児童の保護者が申請者となります。

保護者の氏名、生年月日、個人番号、居住地、連絡先を記入してください。

※ただし、サービスを利用する児童が18歳以上の場合は、児童の氏名を記入してください。

②児童氏名

サービスを利用する児童の氏名、生年月日、個人番号を記入してください。

※ただし、サービスを利用する児童が18歳以上の場合は記入不要です。

③障害者手帳、特別児童扶養手当等

現在所持している手帳や手当の番号を記入してください。

※複数所持している場合は、それぞれの番号を記入してください。

④医師の診断書等、特別支援学級等の在籍証明書

医師の診断書等、特別支援学級等の在籍証明書を後日提出する場合、

提出予定日を記入してください。

⑤申請する支援

【児童通所支援】利用するサービスに☑、利用予定施設を記入してください。

※更新の際に就学児になる場合は、放課後等デイサービスに☑してください。

【相談支援事業所】サービス等利用計画案の作成を依頼する相談支援事業所を記入してください。

⑥同意書

児童の保護者（申請者）の氏名となります。

※ただし、サービスを利用する児童が18歳以上の場合は、児童の氏名を記入してください。

※同意がいただけない場合は、申請者及び申請者の属する世帯全員の課税証明書等の書類を別途提出いただきます。

【申請する減免の種類に☑】

申請書記入例（裏面）

いずれも、事実確認をできる書類を添付してください。
（ただし、所得の課税状況等の調査に同意している場合は記載・添付は不要。）

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。
	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（所得割額28万円未満）に属する者	
	☐ Ⅱ 多子軽減措置に関する認定	下記区分の適用を申請します。 （支給申請に係る児童が3歳未満のみ記入してください）
1. 第2子に該当する者		※兄弟姉妹の在園証明が必要となる場合があります。
2. 第3子に該当する者		（兄弟姉妹が児童発達支援を利用している場合は不要）
☐ Ⅲ 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（ ☐ 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。	

⑦所得認定区分

【Ⅰ 負担上限月額に関する認定】

該当する区分に☑をしてください。

【Ⅱ 多子軽減措置に関する認定】

申請に係る児童が、第2子・第3子である場合は当てはまるものに○をしてください。
（第3子以降の場合も第3子に○をしてください。）

【配偶者の有無について太枠内に記載してください】

申請者の配偶者の有無

☐有 ☐無

※単身赴任等により申請者と同じ住民票に記載のない場合のみ下枠内に記載してください

※	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名		個人番号				
	住所	今年1月1日に住民票のある自治体		昨年1月1日に住民票のある自治体			
		都道府県	市区町村	都道府県	市区町村		

⑧配偶者の有無

配偶者の有無に☑をしてください。
※配偶者が有りだが、単身赴任等により申請者と同じ住民票に記載が無い場合は、配偶者の氏名、生年月日、個人番号、住所を記入してください。

【申請者、配偶者及び18歳以上の世帯員で市民税が未申告の場合は記載してください】

（記入上の注意）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。

次の者については、下記の理由により、令和____年中の収入がありませんので申告します。

氏名	該当する項目に○をつける	無収入の理由
	1・2・3・4・5（	1 生活保護 2 障害年金・遺族年金 ・労災・失業保険 3 学生 4 無職 5 被扶養者（扶養者氏名：）
	1・2・3・4・5（	
	1・2・3・4・5（	
	1・2・3・4・5（	
	1・2・3・4・5（	

⑨市民税の申告状況

18歳以上の世帯員で市民税が未申告な場合は記入してください。

※世帯員に給与所得又は公的年金等所得以外の所得があるにもかかわらず市民税の申告をしていない者（所得税の確定申告をされた方は除く。）については、事前に市民税課で申告してください。

【申請時に本人確認に必要な書類を提示してください（郵送の場合：写しの添付必要）】

提出者

☐申請者本人（下欄に記載不要） ☐申請者本人以外

氏名		申請者との関係		電話番号	
住所	☐ 申請者と同じ（記載不要） 〒				

⑩本人確認に必要な書類の提示

提出者に☑をしてください。
申請書を郵送する場合は、身分証明書の写しを添付してください。
※提出者が申請者本人以外の場合は、申請者との関係、住所を記入してください。

市記入欄	本人確認	1点	☐ 障害者手帳（身・知・精） ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ 職員証（事業所の方のみ） ☐ その他（
		2点	☐ 受給証（障・児・地・医・重） ☐ 保険証（国保・社保・共済・後期・健保組合） ☐ 介護（被保険者証・割合証） ☐ 年金（手帳・証書） ☐ 聞取 ☐ その他（