

①現在の受給者証に記載されている保護者及び児童氏名をご記入ください。

注) 更新の際は、マイナンバーの記載は不要です。

**記入例**

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

1

|            |             |                          |                |                  |
|------------|-------------|--------------------------|----------------|------------------|
| 申請者        | フリガナ        | タカツキ ハナコ                 | 生年月日           | 大正 昭和 令和 〇〇年〇月〇日 |
|            | 氏名          | 高槻 花子                    |                |                  |
|            | 個人番号        |                          |                |                  |
|            | 居住地         | 〒569-0000<br>高槻市 〇〇町〇番〇号 |                |                  |
|            |             | 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇        |                |                  |
| 申請に係る児童氏名  | フリガナ        | タカツキ タロウ                 | 生年月日           | 平成 令和 〇〇年〇月〇日    |
|            | 支給申請に係る児童氏名 | 高槻 太郎                    |                |                  |
|            | 個人番号        |                          |                |                  |
|            |             | 続柄                       | 子              |                  |
| 身体障がい者手帳番号 | 療育手帳番号      | 大阪府第1111号                | 精神障がい者保健福祉手帳番号 | 疾病名              |

被保険者等の資格に関する記号及び番号(※)

保険者名及び番号(※)

※「被保険者等の資格に関する記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、児童発達支援(治療を伴うもの)

手帳をお持ちの場合は、番号を記入してください。

児童発達支援(治療を伴うもの)を申請する場合のみ記入してください。

|         |             |                                                                                                                                          |
|---------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービスの状況 | 障がい福祉関係サービス | <input type="checkbox"/> 移動支援<br><input type="checkbox"/> 日中一時<br><input type="checkbox"/> 短期入所<br><input type="checkbox"/> その他のサービス ( ) |
|         |             |                                                                                                                                          |

| 申請する支援 | 支援の種類                                    | 申請に係る具体的内容                                                                                                                                                  |
|--------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請する支援 | <input type="checkbox"/> 児童発達支援          | 令和 年 月 日～令和 年 月 日<br><div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; font-size: 2em; margin: 10px 0;">記載不要</div> セルフプラン or 相談支援 ( ) |
|        | <input type="checkbox"/> 児童発達支援(治療を伴うもの) |                                                                                                                                                             |
|        | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス      |                                                                                                                                                             |
|        | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援     |                                                                                                                                                             |
|        | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援        |                                                                                                                                                             |

#### <情報の提供について>

支援利用計画の作成、又は、支給決定を行う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、高槻市から指定相談支援事業者、通所支援事業者若しくは入所施設の関係人に提示することに同意します。また、記載事項の基礎となる情報の確認等について、必要があるときは、官公庁、事業者、施設等に照会及び情報提供することに同意します。

#### <情報の閲覧について>

利用者負担額を決定するため、本人及び世帯員の課税資料、年金資料、手当資料、住民基本台帳を高槻市長が閲覧することに同意します。

②保護者氏名の署名をお願いします。

※①で記入した申請保護者氏名を記入下さい。

2

氏名

高槻 花子

|            |        |       |  |
|------------|--------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名 | 医療機関名 |  |
|            | 所在地    | 高槻市   |  |
|            |        | 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<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市町村民税非課税世帯に属する者<br>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<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。)<br>1. 第2子に該当する者<br>2. 第3子以降に該当する者<br>※ 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<br>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。<br>※ 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                                                                    |         |  |

①の申請者本人が記入した場合は、申請者本人に☑を入れてください。  
 ①の申請者以外の方が記入した場合は、申請者本人以外に☑を入れ、氏名・申請者との関係・住所・電話番号をご記入ください。  
 (住所・電話番号は、申請者本人と同じ場合は記入不要です)  
 ※「事実関係を確認できる書類」について、更新の場合は添付不要です。