

記入見本

(様式第1号)

障がい児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

藤沢市長
次のとおり申請します

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

申請者	フリガナ	フジサワ タロウ		生年月日	昭和56年6月6日
	氏名	藤沢 太郎		個人番号	
	居住地	〒251-0054 藤沢市朝日町1-1		電話番号	
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	フジサワ ジロウ	続柄	生年月日	平成27年5月5日
	氏名	藤沢 二郎	子	個人番号	
	身体障がい者 手帳番号	療育手帳番号	〇〇〇〇〇	精神障がい者 療育手帳番号	疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	障がい福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等	
		(みどりいろ) <input checked="" type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 他 ()	(ももいろ) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 他 ()
		<input checked="" type="checkbox"/> 障がい児相談支援 事業所名 ()	

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
<input type="checkbox"/> 児童発達支援		申請日数 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		(更新の場合) 日数・サービスに変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
<input checked="" 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		

印字内容を
確認してくだ
さい。訂正が
あれば二重
線で抹消し余
白に記入して
ください。
(個人番号は
記入不要で
す。)

日中ご連絡
がつく電話番
号を記入して
ください。

通所以外の
サービスを利用
している場合や、相談支
援を利用してい
る場合は
記入してくだ
さい。

更新後の日数・サービスについてです。
現在の内容と同じでよい場合は、下部の
「なし」にチェックしてください。異なる日数
を希望する場合は「あり」にチェックし、上部
に希望日数を記入してください。(見込み
可)

※※ 裏面下部にも記入欄があります ※※

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)
氏名		申請者との関係
住所	〒	電話番号

申請を提出さ
れる方の情報
を記入してくだ
さい。