（障害児入所給付費　特定入所障害児食費等給付費）支給申請書兼

（様式例第１号）

利用者負担額減額・免除等申請書

　　○○○知事（市長）　様

次のとおり申請します。

申請年月日　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | フリガナ | | | |  | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 | | | | 個人番号： | | | | |
| 居住地 | | | | 〒  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 | | | | | | 個人番号： | | | | |
| 続　　柄 | | |  | | | | |
| 身体障害者  手帳番号 | | | |  | | | | 療育手帳  番　　号 |  | 精神障害者  保健福祉手帳番号 | | |  | | | 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「保険者名及び番号」欄は医療型障害児入所施設・指定医療機関を希望する場合記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの利用状況 | 障害福祉サービス | | | | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | |
| 障害児通所支援 | | | | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | |
| 申請するサービスの種類等 | 障害児入所給付費 | | 申請する支援の種類・申請に係る具体的内容 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種　類 | | □　障害児入所支援 | | | | | | | | | | | | | |
| □　指定医療機関 | | | | | | | | | | | | | |
| 具体的内容 | |  | | | | | | | | | | | | | |