

記入例

児童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

保護者の氏名

受給者番号 *継続の方のみ記入

(あて先)	都 市 長	申請年月日	年 月 日
申請者	個人番号	マイナンバーを記入してください	
	フリガナ	キョウト イチロウ	生年月日
	氏名	京都 一郎 印	〇〇年 〇△月 〇□日
居住地	〒〇〇〇-〇□〇□ 京都市上京区主税町〇〇〇 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
個人番号	マイナンバーを記入してください		生年月日
フリガナ	キョウト タロウ	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
支給申請に係る児童氏名	京都 太郎	続柄	子 学校名 〇〇保育園

サービス利用状況	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 (該当する場合に、□に✓を記入してください。)
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 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 児童相談支援	<input type="checkbox"/> 居室介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 (身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 同行援護 (身体介護を伴わない) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 (身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 移動支援 (身体介護を伴わない) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 (日帰り短期入所) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居室訪問型児童発達支援	事業所名 週△回 利用中(予定) 支給開始希望日 〇〇年 〇△月 〇□日

利用者負担上限額認定のため、申請者の属する世帯の市民税課税状況等について、申告し、京都市が確認することに同意します。また、京都市障害児通所支援等利用者負担額助成及び京都市児童発達支援センター食事提供費助成を申請し、これを指定障害児入所・通所事業者が代理受領することに同意します。また、サービス利用のため、利用者の状況について、京都市からサービス提供事業所・施設・指定児童相談支援事業所に情報提供することに同意します。(該当する場合に、□に✓を記入してください。)

申請者との続柄	氏名	生年月日	児童通所支援利用の有無	生活保護受給有無	市民税の状況	同意
申請者	京都 一郎	〇〇年〇〇月〇〇日	有・無	無	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 課税状況調査 <input checked="" type="checkbox"/> 情報提供 印
利用児童	京都 太郎	〇〇年〇〇月〇〇日	有・無	無	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 課税状況調査 印
	京都 〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日	有・無	有	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 課税状況調査 印
	京都 〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日	有・無	有	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 課税状況調査 印
		年 月 日	有・無	年月 受給開始	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税状況調査 印

保護者の属する世帯全員の氏名等の記入、全員分の押印・該当するところにチェックをしてください

※ 世帯内に通所利用をしている方がいる場合は利用の有無にチェックをしてください

※該当する項目がある場合は✓してください。

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○を付けてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。) 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 (所得割合算額は、住宅借入金等特別税額控除及び寄附金税額控除を行う前の額から平成24年度の税法改正以前の方法により算定します。)								
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置(定率負担軽減措置、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"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 保健福祉センターが発行する境界層対象者証明書が必要となります。								
	<input type="checkbox"/> III 多子軽減措置に関する認定 就学前の児童に係る給付費支給申請に当たり、下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付けてください。) 1 第2子に該当する 2 第3子以降に該当する ・年収が概ね360万円未満の世帯で、兄・姉がいる場合 ・年収が概ね360万円以上の世帯で、対象児童より上に未就学児がいる場合(兄・姉の在園証明書等が必要です。) ※小学生以上の児童は多子軽減の対象外です。								
軽減	保護者における障害の有無(該当する場合に、 <input type="checkbox"/> に✓を記入してください。) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">父</td> <td><input type="checkbox"/> 身体障害</td> <td><input type="checkbox"/> 知的障害</td> <td><input type="checkbox"/> 精神障害</td> <td style="width: 50px;">母</td> <td><input type="checkbox"/> 身体障害</td> <td><input type="checkbox"/> 知的障害</td> <td><input type="checkbox"/> 精神障害</td> </tr> </table> 【利用児童(18歳未満の利用者)の保護者に障害がある場合】 住民票の世帯全員の状況ではなく、利用児童の保護者の状況で利用者負担上限月額を認定するため、利用者負担額が軽減される場合があります。	父	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	母	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害
	父	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	母	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

※ 支給内容に関する添付書類(どちらか一方のに✓を記入してください。)

日常生活についての調査票	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	※京都市 処理欄	該当・非該当
強度行動障害児支援加算確認票	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		該当・非該当

※ 以下の欄は該当する方のみ記入してください。

○支給申請に係る対象児童が手帳をお持ちの場合、記入してください。

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	
---------------	--	------------	--	-------------------	--

○医療型児童発達支援を申請する場合、記入してください。

被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号	
--------------	--	----------	--

○医療的児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援を申請する場合、及び重症心身障害児、医療的ケアを必要とする児童は、記入してください。

主治医の氏名		医療機関名	
所在地	〒 _____ 電話番号 ()		

○申請者と申請書提出者が異なる場合は、記入してください。

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 ()		