書う見る

太枠内は必ずご記入ください

	\frown	
_	· `	١
	児	
l	ノレ	4
1		I

				中明十月日	_			
(フリガナ	イナギ タロウ						
保申講	氏 名	稲城 太郎		生年月日		昭和 60 年 〇 月	0	日
者者		= 206 −0000) 稲城市東	長沼2111				
)	居住地			電話番号	클	042-378-2111		
	フリガナ	イナギ ナシミ						
支給申請に係る		稲城 梨美		生年月日		平成 30 年 〇 月	0	日
児	童 氏 名			続柄	続 柄 長女			
□身	□ 身体障害者手帳 □ 愛の(療育)手帳 □ 精神障害者保健福祉手帳 ☑ 発達障害、指定難病、自立支援医					医療など	Ľ	

				申請に係る 具体的内容					
申請		居	宅	介	護	П	☑ 児 童 発 達 支 援	申請・変更理は療育が必要と	由など に診断を受けたため。
す	訪問	重	度 訪	問介	護	中中	□ 医療型児童発達支援		が増えたため。
るサ	系	同	行	援	護	活	□ 放課後等デイサービス	希望する日数 15日(週3 E	
ービ	・そ	行	動	援	護	動系	□ 居宅訪問型児童発達支援	利用する事業	.,,,,,,
ス	の他	短	期	入	所	不	□ 保育所等訪問支援	●●事業所 ★★事業所	
		重度	障害者	等包括	支援	相談支援	□ 障害児相談支援 事業所名(•	変更がない場合は、 「変更なし」と記載下さい

障害支援区分認定調査を行うために必要がある時は、市が保有する情報(ご本人・ご家族の連絡先、障害の状況、病状、制度利用に伴う医師意見書内容、サービス利用状況等)を認定調査員に情報提供することに同意します。

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、稲城市長から指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者等に提示することに同意します。

また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

【同意欄】申請者氏名 稲城 太郎

		ついて以下に記入 ∷計を同一にする世	すること。 帯員については、同居・	・別居に関わら	が全て記	己入してください。				
世帯の		氏名	生年月日	年齢	関係	住所及び個人番号(本年1月1日に 稲城市内に在住されていなかった方のみ				
	利用者	稲城 梨美				住所: 個人番号:				
	保護者	稲城 太郎	\$60.0.0		父	住所: 個人番号:				
が状		稲城 花子	SO.O.O	母		住所: 個人番号:				
況		稲城 梨男	но.о.о	〇〇歳	兄	住所: 個人番号:				
				歳		住所: 個人番号:				
	世帯員			歳		住所: 個人番号:				
				歳		住所: 個人番号:				
				歳		住所: 個人番号:				
	11田 本台	17日日毎の翌年	マアヘレイ 下包の反グ	へ 海田 た 由	注〕士士	(人員チェッカなお)師)	ハルキュオナー)			
	利用者負担上限月額の認定について、下記の区分の適用を申請します。(全員チェックをお願いいたします。)									
	□ 生活保護受給世帯		□ 非課税世帯 又は課税状況が不明 (所得割額の合計)			び 28 万円未満の方)	□ 課税世帯 (左記以外の方)			
申請	□ 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※ 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。									
する減免		子軽減措置を 申請します。	支給申請に係る児童が第何子に該当するかご記入ください。 ※在園証明書等が必要な場合があります。 ※無償化対象の方(満3歳になった年度の翌年度の4月1日から小学校就学まで)は記入 不要です。							
の			□ 第2子(総費用額の 5/100) □ 第3子(0円) □その他()							
類	【対象者(利用児童が未就学児で兄又は姉がおり、下記①か②に該当する方)】 ①児童通所事業利用児童の未就学の兄・姉が幼稚園等(下記参照)に通っている。 ②市町村民税所得割の合算が 77,101 円未満の世帯。 【多子軽減措置の対象となる施設】 幼稚園、特別支援学校の幼稚部、保育所、情緒障害児短期治療施設、認定こども園 障害児通所支援(児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援)									
T in:		◇太士松 ▮ᄼ宀ᆃ╵	- 7.細 人のユデコエーノ	ナンナル、						
	【医療型児童発達支援】を申請する場合のみ記入してください。 被保険者証の記号及び番号 保険者名及び番号 保険者名及び番号									
		1								
	請書提出者	育	人 □申請者本人以		· · · ·					
丑	名			申	請者との	関係				
		〒		1		I				

電話番号

住

所