（様式例１）

障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

金　武　町　長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	氏名	個人番号		
	居住地	〒904-120 金武町字　　電話番号		
フリガナ			生年月日	平成 令和　　年　　月　　日
支給申請に係る児童氏名		個人番号	続柄	子

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「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	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

申請するサービス	支援の種類	
	□ 児童発達支援	新規・更新　　（　　月切れ）
	□ 医療型児童発達支援	
	□ 放課後等デイサービス	
	□ 居宅訪問型児童発達支援	
	□ 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成する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、金武町から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名　　印