

第1号様式（第2条第1項、第16条第1項関係）

（介護給付費 特定障害者特別給付費 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

（あて先） 日 野 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者 (保護者)	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	年	月	日	
支給申請に係る 児童氏名																
個人番号												申請者との関係				
身体障害者 手帳番号		愛の手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名										
※肢体不自由児通所医療 を申請する方は記入		被保険者証の記号及び番号					保険者名及び番号									

現在の 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
-------------	----------------	-----------------

申請するサービス種別（該当欄にレを入れてください）

申請するサービス種別	申請に係る具体的内容
申請するサービス種別	障害福祉サービス
	<input type="checkbox"/> 居宅介護
	<input type="checkbox"/> 同行援護
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援
	<input type="checkbox"/> 行動援護
	<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援
	障害児通所
	<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"/> 居宅訪問型児童発達支援
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

年 月 日から 年 月 日 までを利用予定

主治医	主治医氏名				医療機関名			
	所在地	〒			電話番号			

