

第1号様式（日野市障害児通所支援及び障害児相談支援に係る児童福祉法施行細則第2条第1項、第16条第1項関係）  
 第1号様式（日野市児童発達支援事業所等利用支援事業実施要綱第4条関係）

介護給付費等支給申請、利用者負担額減額・免除等申請  
 及び児童発達支援事業所等利用支援事業申請書

(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				

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 種別	障害福祉サービス	申請に係る具体的内容	
申請する 種別	<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"/> 放課後等デイサービス		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援		
類	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

年 月 日から 年 月 日 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		

