

障 害 児 入 所 給 付 費  
支給申請書  
特定入所障害児食費等給付費

大分県知事

殿

次のとおり申請します。

申請年月日                      年    月    日

申請者	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		続柄				
		個人番号				
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		
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「保険者名及び番号」欄は医療型障害児入所施設・指定発達支援医療機関を希望する場合記入すること。

サービスの 利用状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等
申請するサービスの種類等	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容	
	障 害 児 入 所 給 付 費	種 類
		具 体 的 内 容
		<input type="checkbox"/> 障害児入所支援 <input type="checkbox"/> 指定発達支援医療機関

減免の種類	<input type="checkbox"/> <b>I</b> 負担上限月額に関する認定(下記IIの軽減措置適用前) 下記の区分に該当します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 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で、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者で、2以外のもの
	<input type="checkbox"/> <b>II</b> 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設入所者(注1)であるため、医療型個別減免に該当します。
	<input type="checkbox"/> <b>III</b> 特定入所障害児食費等給付費に関する認定(医療型施設は除く) 障害児入所施設入所者(注2)であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
	<input type="checkbox"/> <b>IV</b> 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)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"/> 特例補足給付)に該当します。 *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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(注1) 対象施設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる入所施設

(注2) 対象施設は、障害児入所給付費の対象となる入所施設

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)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名	⑤		
住所	〒		
	電話番号		