

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 | | | | | | |
| 支給申請に係る 児童氏名 | 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 | |
| | 種 類 | <input type="checkbox"/> 障害児入所支援 |
| | | <input type="checkbox"/> 指定発達支援医療機関 |
| 具体的内容 | | |

| | |
|-----------------------|---|
| 減 免 の 種 類 | <input type="checkbox"/> I 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"/> II 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"/> III 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"/> IV 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 | | |