

障記入例)太枠内を記入してください。兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

新規申請 更新申請 変更申請 ※該当する申請へ「レ」点をつけてください。

(申請先)

横	(申請書記入者)		(利用者との関係)
	所	横浜市○○区○○○町1-1	
	名	横浜 花子	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年〇月〇日

申請者	フリガナ	ヨコハマ タロウ	続柄	生年月日
	氏名	横浜 太郎	父	平成××年××月××日
	住所 (居住地)	〒2XX-XXXX 横浜市○○区○○○町1-1	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇
	個人番号	× × × × × × × × × × × ×		
利用者	フリガナ	ヨコハマ イチロウ	生年月日	
	氏名	横浜 一郎	令和××年××月××日	
	住所 (居住地)	□申請者と同じ	電話番号	□申請者と同じ
	個人番号	× × × × × × × × × × ×		
医療保険 被保険者証	記号	番号	保険者番号	保険者名称
	〇〇〇	△△△△△△△△	☆☆☆☆☆☆	◇◇◇◇◇◇◇◇
身体障害者手 当金	□□□号			
精神保健福祉	医療保険被保険者証情報は、児童発達支援センター等で児童発達支 援の療育に加えて治療をご利用する場合にのみ、記入してください。			

費 ・ 障 害 児 等 社 サ 付 現 在 の 支 給 通 決 定 所 定 状 況	サービス種類	支給量	支給期間
	児童発達支援	10日/月	令和7年4月1日～令和8年3月31日
	障害児相談支援		令和7年4月1日～令和8年3月31日

申請する支援の種類及び内容(変更理由)			
<input checked="" type="checkbox"/> 障害児相談支援		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援		<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			
利用予定の事業所及び利用頻度を記入してください。			
(変更理由)	○○児童発達支援事業所：週2日(水・金)		

1 障害児通所給付費の支給及び障害児通所支援にあたり利用のあっせん・調整・要請のため必要があるときは、
支給決定にかかる調査資料(勘案事項調査票、その他関係資料等)を障害児通所支援を行う施設(事業者)の関係者に提示すること及び施設(事業者)から資料の提供を受けること。
2 障害児通所給付費支給にかかる利用者負担の確認にあたり、区役所が利用者本人及び世帯員の所得状況等を関係機関に調査すること。
3 障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成する。

同意事項を確認のうえ、必ず署名してください。

関する意向

本人自署の場合、押印は不要です。

申請者署名欄

横浜 太郎



■世帯の状況について記入してください。

氏 16歳未満の扶養親族等の人数及び16~18歳の扶養親族等の人数を記入してください。			16歳未満の扶養親族等の人数	16~18歳の扶養親族等の人数	() 年度の市民税の状況		確認
利用者	横浜 一郎	令和 XX年XX月XX日	人	人	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 差引所得割額/年(課税の場合)	
横浜 太郎	平成 XX年XX月XX日	父	1	0	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	
個人番号	× × × × × × × × × × × × × ×				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	
横浜 花子	平成 XX年XX月XX日	母	0	0	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	
個人番号	× × × × × × × × × × × ×				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	
同一世帯員	年 月 日				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	
世帯員全員の状況を記入してください。 サービスを利用する児童の親が単身赴任等で別世帯である場合も含みます。							
個人番号	年 月 日				<input type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 課税	
個人番号	年 月 日				<input type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 課税	
※所得割額はわかる範囲でご記入ください。(表面の同意内容に基づき、所得状況等を関係機関に調査することがあります。)							

■太ワク内の該当する項目にチェック(□)してください。

申請する減免の種類	
I 利用者負担上限 該当する場合、該当箇所へチェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/> 1 生活保護受給者	用を申請します。
<input type="checkbox"/> 2 市民税非課税世帯の方	※保護者の合計所得金額を記入ください。 円
<input checked="" type="checkbox"/> 3 市民税課税世帯(所得割28万円未満)の方	※税源移譲前(6%)の所得割額を用います。
制度・控除の種類	説明・備考
住宅借入金等特別税額控除(住宅取得控除)	控除前の所得割の額で判定します。
寄附金税額控除(ふるさと納税等)	
年少・特定扶養控除	当該控除廃止前の所得割の税率で税額を計算します。
該当する場合、該当箇所へチェックを入れてください。	
II 未就学児の多子多育児措置について、次の区分の適用を申請します。 (※該当する場合は、在園証明書等が必要になる場合があります。)	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用児童が第2子に該当する児童	※兄や姉が利用している幼稚園等がある場合は記入してください。 第1子:
<input type="checkbox"/> 2 利用児童が第3子以降に該当する児童	※兄や姉が利用している幼稚園等がある場合は記入してください。 第1子: 第2子:
III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免、特例補足給付)に関する認定	
<input type="checkbox"/> 生活保護への移行防止措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。	
※対象要件 境界層対象者証明書が必要です。	

■主治医について記入してください。※利用者に主治医がいる場合のみご記入ください

主治医の氏名	神奈川 ××	医療機関	○○医療センター
所在	地	横浜市○区○○町11-1	電話番号 ○○○(○○○)××××

(区役所確認欄)

確認日	確認者

(受理印)

--