

## 障 害 児 児 童 発 達 支 援 申 請 書 (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 濱	新規に利用される方は「新規申請」、 前年度に引き続き利用される方は 「更新申請」にチェックしてください。	(申請書記入者)	(利用者との関係)	母
	所 横 濱 市 ○ ○ 区 ○ ○ ○ ○ 町 1 - 1 名 横 濱 花 子	電 話	○ ○ ○ - ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○	

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年 ○月 ○日

申 請 者	フリガナ	ヨコハマ タロウ										続柄	生 年 月 日
	氏 名	横 濱 太 郎										父	平成 ××年××月××日
	住 所 (居住地)	〒2XX-XXXX 横 濱 市 ○ ○ 区 ○ ○ ○ ○ 町 1 - 1										電 話 番 号	○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○
	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 濱 一 郎										令和 ××年××月××日	
	住 所 (居住地)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ										電 話 番 号	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
	○○○	△△△△△△△		☆☆☆☆☆☆				◇◇◇◇◇◇◇◇					
身体障害者手帳 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。												

※太ワク内の必要事項を記入してください。(裏面もあります。)

費・障害福祉サービス等 (現在の支給決定状況)	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	
(変更理由)	利用予定の事業所及び利用頻度を記入してください。
○○児童発達支援事業所：週2日(水・金)	

- 私は、以下の内容について同意します。
- 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つせん・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。
  - 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に関係機関に調査すること。
  - 障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成する意向を関係する意向聴取する。

同意事項を確認のうえ、必ず署名してください。

申 請 者 署 名 欄

横 濱 太 郎



本人自署の場合、押印は不要です。

■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			課税・非課税の別 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	差引所得割額/年 (課税の場合) 円
同一世帯員	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	円
	個人番号	×	×	×	×	×		
	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	円
	個人番号	×	×	×	×	×		
	年 月 日						<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	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まれます。							
個人番号							<input type="checkbox"/> 非課税	円
年 月 日							<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
個人番号								円

※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		申請用を申請します。	
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 生活保護受給世帯の方		
<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			
寡婦(夫)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。		(事業等)要件階層 兄や姉が利用している幼稚園等がある場合は、幼稚園等の名称を記入してください。	
II 未就学児の多子加算について、次の区分の適用を申請し(※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 XX	医療機関	〇〇医療センター
所在地	横浜市〇区〇〇町11-1		
		電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) XXXX

(区役所確認欄)

確認日	確認者

(受理印)

--