

(障害児入所給付費 特定入所障害児食費等給付費) 支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

仙 台 市 長 様

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			年 月 日	
	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			続 柄		
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		

申請する減免の種類	<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） 下記の区分の適用を申請します。 （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あって、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あって、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、医療型個別減免を申請します。
	<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）を申請します。 *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。

（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			
住所	〒 電話番号		

本申請に係る利用者負担額及びその減額・免除等の認定にあたり必要な場合には、仙台市が私及び私が属する世帯員の収入状況について調査することに同意します。

申請者 氏名
