

第1号様式(第3条、第5条関係)

通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

年 月 日

(宛先)上越市長

次のとおり申請をします。

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 変更	
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号:			(歳)		
	居住地	〒		電話番号			
フリガナ				生年月日	年 月 日		
支給申請に係る障害児氏名		個人番号:			続柄		
変更理由(変更申請の場合に記載)							
(申請するサービス)							
(申請する減免の種類)							
<input type="checkbox"/> 負担上限月額に関する認定 <input type="checkbox"/> 医療型個別減免に関する認定 <input type="checkbox"/> 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食事軽減措置) <input type="checkbox"/> 生活保護又は被支援給付への移行予防措置に関する認定 <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 <input type="checkbox"/> 多子軽減措置に関する認定 <input type="checkbox"/> 第2子に該当する者 <input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する者							
主治医	主治医氏名			医療機関名			
	所在地	〒		電話番号			
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)					
氏名	フリガナ			申請者との関係			
	住所	〒			電話番号		

サービスの利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービスの利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を上越市から相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請者氏名

裏面あり

所得額等調査承諾書及び個人番号告知

通所給付費支給に係る世帯の所得について、福祉課での私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、扶養義務者の個人番号を告知します。

年 月 日

住所 上越市

氏名 _____ (印)

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

(宛先) 上 越 市 長

※記載された個人情報、通所給付費支給に関する業務以外には使用しません。

※市記入欄

障害種別		特 記 事 項	
ケース会議			
申請区分	新規・新規追加・変更・更新		