

障害児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

（宛先）池田市長

申請書を提出する日付を記入してください

次のとおり申請します。

申請年月日 令和7年11月1日

申請者	フリガナ	イケダ フク	個人番号				
	氏 名	池田 福	生年月日	昭和60年 1 月 1 日			
	居 住 地	〒 563-8666 池田市城南 1 - 1 - 1	電話番号				
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ	イケダ フクマル	個人番号				
	池田 福丸	生年月日	平成29年 3 月 1 日				
		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		疾 病 名	

※マイナンバーに変更があった場合のみお書きください。

サービス利用の状況

障害福祉
関係サービス

利用中のサービスの種類と内容等

移動支援を10時間／月
短期入所を7日／月 利用中

※障害福祉サービスを利用している場合はご記入ください。

申請する支援

支援の種類

申請に係る具体的内容

☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）☐ 居宅訪問型児童発達支援☒ 放課後等デイサービス☐ 保育所等訪問支援10日／月
事業所A 事業所B希望支給日数・通われている
事業所をご記入ください

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、池田市から指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

池田 福

申請者氏名をご記入ください

主治医がおられる場合、ご記入ください

記載例

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○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 3. 市町村民税課税世帯(所得割20%以下世帯)に属する者
	☐ II 多子軽減措置 下記の区分 (当てはまる) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)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。

記入不要です

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。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☒ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	池田 福子	申請者との関係	妻
住所	〒 申請者と同じ 電話番号		

申請書以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。
上記申請者本人が申請書を提出する場合は「☐申請者本人」に☑を入れて下さい。