

## 記入例

### ※保護者が木更津 花子、お子様が木更津 太郎の場合

(※マーカーの箇所を記入してください)

障害児通所給付費支給申請書兼  
利用者負担額減額・免除申請書

木更津市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

保護者及び児童の氏名・生年月日・  
住所・連絡先をご記入ください。  
(保護者は通所受給者証1ページ目  
に印字している方になります。)

|              |                    |                                  |                   |           |
|--------------|--------------------|----------------------------------|-------------------|-----------|
| 申請者<br>(保護者) | フリガナ               | キサラツ ハナコ                         | 生年月日              | S55年1月27日 |
|              | 氏 名                | 木更津 花子                           |                   |           |
|              | 個人番号               | 0000000000                       |                   |           |
|              | 居 住 地              | 〒292-8501<br>木更津市朝日三丁目 10 番 19 号 |                   |           |
|              |                    | 連絡先 0438-23-7244                 |                   |           |
|              | フリガナ               | キサラツ タロウ                         | 生年月日              | H28年8月12日 |
|              | 支給申請に係る<br>児 童 氏 名 | 木更津 太郎                           |                   |           |
|              |                    | 個人番号                             | 続 柄               | 子         |
|              | 身体障害者<br>手帳番号      | 療育手帳<br>番                        | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 | 特定<br>疾病  |
|              | 被保険者証の記号及び番号(※)    |                                  |                   |           |

個人番号はマイナンバー  
をご記入ください。

※「被保険者証の記号及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

|                                   |                                      |                 |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| サービス利用の<br>状況                     | 障 害 福 祉<br>関 係 サ ー ビ ス               | 利用中のサービスの種類と内容等 |
|                                   |                                      |                 |
| 申請する<br>支援                        | 支援の種類                                |                 |
|                                   | 申請に係る具体的内容                           |                 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援      |                 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援   |                 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス  |                 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 |                 |
| <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 |                                      |                 |

申請者(保護者)の署名  
と押印をしてください。

障害児支援利用計画又は通所支援利用計画(以下「計画」という。)を作成する必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び計画に基づき、木更津市長から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設等の関係人に提示することに同意します。

申請者 氏 名

木更津 花子



|           |  |
|-----------|--|
| 主治医（※）    |  |
| 申請する減免の種類 |  |

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 | <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    |                                                                         | 申請者との関係 |  |
| 住 所    | 〒<br><div style="text-align: right;">連絡先</div>                          |         |  |

提出者が  
本人以外に☑の場合は、  
氏名・住所・申請者との続柄をご記入  
ください。

法定代理人（証明書の写しが必要）

## ■本人確認書類

☐マイナンバーカード ☐免許証 ☐障がい者手帳 ☐その他 ( )

※写真付きでない証明書（保険証・年金手帳等）の場合は、2つ以上で確認します。

(公的機関等発行の氏名・住所または生年月日が記載書類 1 つ＋預金通帳等の氏名が印字されているもの 1 つの合計 2 つが必要です。)

## ■個人番号記載確認

☐マイナンバーカード ☐通知カード ☐職権確認 ☐その他（ ）

## 記入例

### 課税状況等に関する調査同意書

(※マーカーの箇所を記入してください)

給付を受ける者（申請者）

住 所 **木更津市朝日三丁目10番19号**

氏 名 **木更津 花子**

サービスの申請者（保護者）の住所・氏名をご記入ください。

| 課税状況等に関する調査同意書 |  | 額 | 均等割 |
|----------------|--|---|-----|
|                |  |   |     |
|                |  |   |     |
|                |  |   |     |
|                |  |   |     |
|                |  |   |     |

※申請者署名の場合には、押印は必要ありません

木更津市健康こども部こども発達支援課職員が、障害児通所支援の給付決定等にあたり、木更津市で保管する私及び私の世帯の課税資料・公的給付内容・住民基本台帳情報・世帯状況・資産状況を閲覧することについて同意いたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

木更津市福祉事務所長 様

○ 生計同一の世帯員（18歳以上）

上記の申請者以外で18歳以上の世帯員全員の署名又は記名押印をお願いいたします。

氏 名 **木更津 一郎**

氏 名 印

氏 名 印

氏 名 印

氏 名 印

※本人署名の場合には、押印は必要ありません

18歳未満の児童全員  
記入してください。

○扶養している世帯員（18歳未満）

氏名 **木更津 太郎** ) 生年月日 ( **H28年 8月12日** ) 年齢 ( **7** ) 才

氏名 **木更津 次郎** ) 生年月日 ( **H30年 5月10日** ) 年齢 ( **5** ) 才

氏名 ( ) 生年月日 (H 年 月 日) 年齢 ( ) 才

氏名 ( ) 生年月日 (H 年 月 日) 年齢 ( ) 才

# 記入例

(※マーカーの箇所を記入してください)

(様式第 1 7 号)

## 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

木更津市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

保護者及び児童の氏名・生年月日・住所・連絡先をご記入ください。

年 月 日

|           |       |                                                   |      |           |
|-----------|-------|---------------------------------------------------|------|-----------|
| 申請者       | フリガナ  | キサラツ ハナコ                                          | 生年月日 | S55年1月27日 |
|           | 氏 名   | 木更津 花子<br>個人番号：00000000000000                     |      |           |
|           | 居 住 地 | 〒292-8501<br>木更津市朝日三丁目10番19号<br>電話番号 0438-23-7244 |      |           |
| 申請に係る児童氏名 | フリガナ  | キサラツ タロウ                                          | 生年月日 | H28年8月12日 |
|           | 氏 名   | 木更津 太郎<br>個人番号：00000000000000                     |      |           |
|           | 続柄    | 子                                                 |      |           |

|        |                                                                         |         |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 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    |  |

提出者が本人以外に☑の場合は、氏名・住所・申請者との続柄をご記入ください。