

※受給者証番号		※公費受給者番号	
(障害児施設給付費 障害児施設医療費) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除申請書			
宮城県知事 村井 嘉浩 様			
次のとおり申請します。			
(太枠で囲んだところを記入してください。)		申請年月日	平成 年 月 日
申請者	フリガナ		生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	氏名		
	居住地	〒	
		電話番号	
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
支給申請に係る 障害児氏名		続柄	
身体障害者 手帳	有・無 (種 級)	療育手帳	有 (A ・ B) ・ 無 次の判定年月 平成 年 月
* 拓桃医療療育センター, 西多賀病院, 宮城病院, エコー療育園へ入所希望の場合は, 下記項目を記入してください。			
被保険者証の 記号及び番号		保険者番号 及び名称	

申請するサービスの種類等	利用の状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等			
		障害児施設支援 (施設サービス)	利用中の施設名等			
	障害児施設給付費	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容				
		種類	<input type="checkbox"/> 知的障害児施設	<input type="checkbox"/> 第1種自閉症児施設	<input type="checkbox"/> 第2種自閉症児施設	
			<input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設	<input type="checkbox"/> 盲児施設	<input type="checkbox"/> ろうあ児施設	
<input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設			<input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 (入所・通所)	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設		
<input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設		<input type="checkbox"/> 指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)			
	具体的内容	(施設名)				

※決定欄	施設支援の内容	(施設名)						
	支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで						
	算定基本額	加算				計	×30.4 切捨て	×0.1 切捨て
		通所食費	重度	重度重複	乳幼児			
	1 階層区分	2 障害児施設等軽減		3 個別減免		有・無	4 特定入所障害児食費等給付費(補足給付)	
	負担額	有 無		福祉型	円			
		5 食事提供加算		医療型	円		適用	有 無
		I (42) II (58) 無	食事療養	円		日額	円	
	適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで						
	認定年月日	認定確認者						

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。					
負担上限区分	□ 全ての方が記入	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。 (説明) 対象児童が20歳未満の場合は保護者の世帯について、20歳以上の場合は児童本人について、あてはまるものに○をつけてください。			
		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		
		4	市町村民税課税世帯		
申請する減免の種類	□ 20歳未満の児童	Ⅱ 障害児施設等軽減に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、障害児施設等軽減を申請します。 (説明) 20歳未満の児童が対象です。保護者等の所得に条件があります。下記項目の全てが「はい」に該当する場合、軽減が受けられます。			
		対象児童は20歳未満です	はい	いいえ	
		世帯の市町村民税が非課税、又は世帯の市町村民税所得割額の合計が28万円未満です（平成21年度課税）	はい	いいえ	
	□ 通所以外の施設利用・非課税世帯	Ⅲ 個別減免・医療型個別減免に関する認定 下記1, 2のいずれかにあてはまるため、個別減免・医療型個別減免を申請します。 (説明) 20歳未満の場合は、医療型施設入所のみが対象です。また、20歳以上の場合は、所得に条件があります。1または2が「はい」に該当する場合、減免が受けられます。			
		1	対象児童は20歳未満で、医療型施設への入所希望です	はい	いいえ
		2	対象児童は20歳以上で、児童本人の市町村民税は非課税です	はい	いいえ
		Ⅳ 特定入所障害児食費等給付費に関する認定（注）対象施設…福祉型施設（啓佑学園、ステップ） 下記の1, 2のいずれかにあてはまるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。 (説明) 福祉型施設へ入所の場合が対象です。20歳以上の場合は、所得に条件があります。1または2全てが「はい」に該当する場合、補足給付が受けられます。			
		1	対象児童は20歳未満で、福祉型施設への入所希望です	はい	いいえ
2	対象児童は20歳以上で、福祉型施設への入所希望です 対象児童の市町村民税は非課税です	はい	いいえ		
V 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（□定率負担減免措置 □特例補足給付）を申請します。 (注) 生活保護への移行予防措置の申請を行う場合は、事前に児童相談所担当者に相談願います。					

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者	
氏名		との関係	
住所	□申請者と同じ住所（記入不要） □申請者と違う住所の場合は下に記入		
	〒 電話番号		

(障害児施設給付費 障害児施設医療費) 支給申請兼利用者負担額減免・免除申請に係る
世帯状況・収入・資産等申告書

宮城県知事 村井 嘉浩 様

申告年月日	平成 年 月 日			
申請者				
※障害児施設等軽減を申請する場合で、申請者が生計中心者でないとき、下記に記入				
生計中心者	住所			
	氏名			
次のとおり申告します				
1 世帯の状況について <input type="checkbox"/> 住民票と同じ(記入不要) <input type="checkbox"/> 住民票と相違(下記に記入すること↓)				
	氏名	生年月日	申請者との関係	備考
申請者				
世帯主				
世帯員				
2 申請者の収入の状況について(非課税世帯の方が記入) (説明) 申請書の負担上限区分が2又は3に該当する場合、記入してください。				
(1) 収入等の状況 収入(A)(年収) * 平成20年1月1日から平成20年12月31日までに得た収入です				
区分	種類			収入金額
稼働等収入	障害年金等(障害基礎年金, 障害厚生年金, 障害共済年金, 特別障害給付金, 障害を事由に支給される労災による年金等, 遺族基礎年金, 遺族厚生年金, 遺族共済年金, 老齢基礎年金, 老齢厚生年金等) (①-1)			円
	心身障害者扶養共済金 (①-2)			円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当, 障害児福祉手当, 経過的福祉手当, 特別児童扶養手当) (②)			円
	工賃等収入			円
	その他の収入 ()			円
その他収入	仕送り収入			円
	不動産等による家賃収入			円
	その他の収入 ()			円
必要経費(B)				
種類	内容			支出金額
租 税				円
社会保険料				円
				円
(2) 合計所得金額の状況(課税証明書・確定申告書の控え等から転記)				
合計所得金額の状況	円 ③			

(裏面へ続く)

(記入上の注意)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付してください。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は、別紙に記入の上、添付してください。
- 3 不実の深刻をした場合、関係法令により、処罰される場合があります。

(H21.5.宮城)