

記入上の注意事項

第4号様式の6(第5条の3関係)

障害児入所給付費
支給申請書
特定入所障害児食費等給付費

大分県知事 殿

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		個人番号			
	居住地	〒				
		電話番号				
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
			個人番号			
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	

申請に係る児童の年齢が・・・
18歳未満の場合・・・保護者の氏名・生年月日・居住地等を記入する。
18歳以上の場合・・・児童の氏名・生年月日・居住地等を記入する。
※申請者の個人番号を記入する。

申請に係る児童の年齢が・・・
18歳未満の場合・・・児童の氏名・生年月日・続柄を記入する。
18歳以上の場合・・・氏名欄に「本人」と記入する。
※児童の個人番号を記入する。

申請に係る児童の所持する手帳番号等を記入する。

・障害福祉サービス
申請に係る児童が現在利用中のサービスの種類と事業所名称を記入する。
・障害児通所支援
申請に係る児童が現在利用中のサービスの種類と事業所名称を記入する。

利用申請する施設種類を選び、□に☑を入れる。

利用申請する施設名称を記入する。

記入上の注意事項

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) 下記の区分に該当します。 (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つて、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つて、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、医療型個別減免に該当します。
	<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(□定率負担減免措置 □特例補足給付)に該当します。 *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。

I、IVについては、当てはまる場合に☑を入れる。
 IIについては、医療型の場合に☑を入れる。
 IIIについては、福祉型の場合に☑を入れる。

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。

(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 _____		

(様式第9号)

世帯状況・収入・資産等申告書

大分県知事 広瀬 勝貞 様

申告年月日 平成 年 月 日

申告者(保護者)住所
(保護者)氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名		生 年 月 日	本人との関係
	個 人 番 号			
申 請 者				
個 人 番 号				
世 帯 主				
個 人 番 号				
世 帯 員				
個 人 番 号				
世 帯 員				
個 人 番 号				

2 申請者の収入の状況について

個別減免・補足給付を申請しない場合…①、②、③のみ記入
" 申請する場合…全て記入

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額 円 ①

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種 類	収入額
稼 得 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)(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)(③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
	仕送り収入	円
収 入 そ の 他	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	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏面に続く)

申請に係る児童の年齢が・・・

18歳未満の場合・・・保護者の氏名・住所を記入する。

18歳以上の場合・・・児童の氏名・住所を記入する。

1 世帯の状況等について

※世帯員の個人番号を記入する

(個人番号付きの住民票を添付している場合は省略可。)

2 申請者の収入の状況について

別に掲載する提出書類一覧を添付した場合、記載不要。

(個別減免・補足給付の申請があったとみなします。)

記入上の注意事項

申請書提出者	□申請者(保護者) □申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		申請者
氏名	印	との関係
住所	〒 電話番号	

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
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下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。