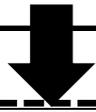


中野市

あて

中野市長
次のとおり申請します。

申請年月日、申請者氏名、個人番号（マイナンバー）、生年月日、居住地、電話番号、手帳番号を記載してください。
（※利用者が18歳未満の場合は、申請者欄は保護者となりますので、障がい児氏名欄にも記載してください。）



| | | | | | | | |
|-----------------|---------------|---------------|--|-------------------|-------------|----|--|
| 申請者 | フリガナ | なかの いちろう | | 生年月日 | S〇年 3月 4日 | | |
| | 氏名 | 中野 一郎 | | 性別 | 男・女 | | |
| | 居住地 | 中野市中央〇丁目2番地3号 | | 電話 0269 (〇△) 1234 | | | |
| 障がい児氏名 | フリガナ | なかの たろう | | 生年月日 | H〇年 1月 2日 | | |
| | 支給申請に係る障がい児氏名 | 中野 太郎 | | 性別 | 男・女 | 続柄 | |
| 身体障害者手帳番号 | 長野県第 12345 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「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入してください。

| | | |
|-----------|---|-----------------------------------|
| 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 児童発達支援 基本10日/月 |
| | お持ちの 障害福祉サービス受給者証 をご確認のうえ、現在のサービス利用状況、利用中のサービスの種類と内容など記載をお願いします。 | |

| | | |
|--------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 申請する支援 | 支援の種類 | （←利用中のサービスにチェック☑をお願いいたします。） |
| | <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 | |

| | | | | |
|------------|------------------------------|--------|-------|--|
| 主治医 (※) | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 電話 () | | |
| | ※ 医療型児童発達支援を申請する場合は記入してください。 | | | |

| | | |
|---------------|--|--------------------------------------|
| 申請する減額・免除等の種類 | <input type="checkbox"/> 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。 ※ あてはまるものに○をつけてください。いし ださい。 1 生活保護世帯の者 2 市町村民税非課税世帯の者 3 市町村民税非課税世帯(所得割 28万円未満)の者 | 減免を申請する方は、種類ごとにチェック☑し、必要事項を記入してください。 |
| | <input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置、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。 | 内容をご確認ください。 |

| | |
|------|--|
| 同意事項 | 1 この申請に係る確認処理のため、支給申請に係る障がい児の世帯の住民登録資料及び税務資料について、市の職員が閲覧することに同意します。 2 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又は医師意見書の全部又は一部を、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の関係人に提示することに同意します。 |
|------|--|

(注) いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して

申請書提出者について記載してください。

| | | | |
|--------|--|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。) | | |
| 氏名 | | 申請者との関係 | |
| 住所 | 電話 () | | |

記入例

中野市世帯状況・収入等申告書

年 月 日

中野市長 あて
 申告者（保護者）居住地 中野市中央〇丁目2番地3号
 氏名 中野 太郎

利用者が18歳未満の障がい児、または20歳未満で施設に入所されている場合は、保護者の世帯状況を、記載してください。
 その他の場合は、利用者ご本人とその配偶者（別世帯になっている者を含む）の状況を記載してください。

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

| | 氏名 | 生年月日 | 本人との関係 | 市町村民税の状況 |
|------|----------------|---------|--------|--|
| 申請者 | 中野 太郎 | H〇年1月2日 | 本人 | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 個人番号 | 1122 3344 5566 | | | |
| 世帯主 | 中野 一郎 | S〇年3月4日 | 父 | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 個人番号 | 1212 3434 5656 | | | |
| 世帯員 | 中野 花子 | S〇年5月6日 | 母 | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 個人番号 | 1222 3444 5666 | | | |
| 世帯員 | | | | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 個人番号 | | | | |

2 申請者の収入の状況について

（以下の（1）（2）の部分は、医療型個別減免・補足給付を申請する場合のみ記入してください。）

（1）合計所得金額の状況

| | |
|--------|----|
| 合計所得金額 | 0円 |
|--------|----|

（1）及び（2）は、施設入所または療養介護利用者のみ記入してください。

（2）収入の状況

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、障がい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） | 984,100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） | 0円 |
| | 工賃等収入 | 0円 |
| | その他の収入（ ） | 0円 |
| その他収入 | 仕送り収入 | 0円 |
| | 不動産等による家賃収入 | 0円 |
| | その他の収入（ ） | 0円 |

必要経費(B)

| 種 類 | 内 容 | 金 額 |
|-------|---------|---------|
| 租 税 | | 円 |
| | | 円 |
| 社会保険料 | 国民健康保険料 | 20,000円 |
| | | 円 |

- (注) 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。
- 4 世帯の課税台帳等について、この申請に係る確認処理のため職員が閲覧することに同意します。

記入例

中野市計画相談支援給付費支給申請書

年 月 日

申請年月日、受給者証番号、申請者氏名、個人番号（マイナンバー）、生年月日、居住地、電話番号を記載してください。
 受給者証番号については、お持ちの障害福祉サービス受給者証をご確認ください。
 （※利用者が18歳未満の場合は、申請者欄は保護者となりますので、障がい児氏名欄にも記載してください。）

| | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---------------|---|---|---|---|---|------|----------------|---|---|
| 受給者証番号 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 申請者 | フリガナ | なかの たろう | | | | | | 生年月日 | H〇年2月3日 | | |
| | 氏名 | 中野 太郎 | | | | | | 個人番号 | 1122 3344 5566 | | |
| | 居住地 | 中野市中央〇丁目2番地3号 | | | | | | 電話 | 0269 (〇△) 1234 | | |

| | | | | |
|---------------|---------------------|---|---|---|
| フリガナ | | 年 | 月 | 日 |
| 認定申請に係る障がい児氏名 | 申請書提出者について記載してください。 | | | |
| 個人番号: | 続 | 柄 | | |

| | | | | |
|--------|--|--|---------|----------------|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） | | | |
| フリガナ | なかの はなこ | | 申請者との関係 | 母 |
| 氏名 | 中野 花子 | | | |
| 住所 | 中野市中央〇丁目2番地3号 | | 電話 | 0269 (〇△) 1234 |