

-

申請者氏名

利用予定障害児相談事業所の情報					
事業所名					
所在地		〒 電話番号			
主治医	主治医氏名			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。 (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 3.市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者				
	☐Ⅱ多子軽減措置に関する認定 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。				
私は、通所給付費の利用者負担及び減額・免除にかかる市民税課税状況等の確認について市職員が調査することに同意します。 また、鎌倉市障害児通所支援等利用者負担額助成を実施することに同意します。 ※鎌倉市障害児通所支援等利用者負担額助成を実施することに同意されない方は、次の欄にチェックをしてください。 ☐同意しません。 年 月 日 鎌倉市長 殿 申請者氏名					
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			申請者との関係		
住所		〒 電話番号			
☐送付先は、表面記載の「申請者居住地」以外の、次の住所を指定します。					
送付先氏名			申請者との続柄		
住所		〒 電話番号			