

申出書

在宅障がい者（児）のいる世帯に該当しますので、申し出ます。

在宅障がい者（児）の別居、手帳の消滅等により非該当となった場合、速やかに届け出ます。

利用施設名			
施設に通っている児童名・生年月日 (施設に兄弟姉妹で通園している場合はすべて記載)	フリガナ	年 月 日生	
	フリガナ	年 月 日生	
	フリガナ	年 月 日生	
在宅障がい者（児） 氏名・生年月日・児童との続柄	フリガナ	年 月 日生	
	児童との続柄：本人・父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母 ・その他（ ）	年 月 日生	
同居開始日	年 月 日	※新たに同居した場合のみ記載	
該当年月日	年 月 日	※手帳等が交付された日を記載	
在宅障がい者（児）該当項目			
<p>・該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。あわせて添付書類も提出ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条に定める身体障害者手帳の交付を受けた者 (添付書類：身体障害者手帳の写し)</p> <p><input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に定める精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者（添付書類：精神障害者手帳の写し）</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳制度要綱に定める療育手帳の交付を受けた者 (添付書類：療育手帳の写し)</p> <p><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当等の支給に関する法律に定める特別児童扶養手当の支給対象児 (添付書類：特別児童扶養手当証書の写し)</p> <p><input type="checkbox"/> 国民年金法に定める国民年金の障害基礎年金等の受給者 (添付書類：障害基礎年金証書の写し)</p>			

上記申出の内容について、申出以降の支給状況・認定状況を確認することに同意します。

令和 年 月 日

住所

保護者氏名

※在宅障がい者（児）のいる世帯である場合、保育料等が軽減となる場合があります。軽減は**申出書の提出があった翌月からの適用**となります。

※在宅障がい者（児）のいる世帯でなくなった場合は、速やかに非該当申出書を提出ください。
提出が遅れた場合でも、**非該当になった日の翌月から適用は終了**します。