

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（ ）		
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☑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<u>身体障害者手帳</u>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<u>精神障害者保健福祉手帳</u>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<u>療育手帳</u>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<u>特別児童扶養手当</u>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<u>国民年金の障害基礎年金等</u>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。