【該当】在宅障がい児（者）のいる世帯

同居の在宅障がい児（者）のいる世帯に該当しますので申し出ます。

在宅障がい児（者）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 | 保育所 |
| 保育所に通う児童名 | （　　　年　　月　　日 生） |
| きょうだいで  通っている場合は  全員記載すること | （　　　年　　月　　日 生） |
| （　　　年　　月　　日 生） |
| 在宅障がい児（者）氏名 | （　　　年　　月　　日 生）  （児童との続柄：　　　　 ） |
| 同居開始日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 手帳等交付日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 在宅障がい児（者）該当項目 | |
| （該当する項目に☑を記入してください）  □身体障害者福祉法第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）  □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）  □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）  □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）  □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**） | |

上記のとおり相違ないことを申し出ます。

令和　　年　　　月　　　日

住所　　入善町

保護者氏名