

障がい児入所施設等 重度重複障がい児加算費支給申請書

大阪市長 様

(所在地)

(施設名)

(施設長)

次のとおり申請します。

加算対象児童	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 才)
	施設入所年月日	年 月 日
	障がい種別 (該当項目に○印またはチェック記入)	
	身体障がい 1. 肢体不自由児 2. 視覚障がい 3. 聴覚・平行機能障がい 4. 音声・言語・そしゃく機能障がい 5. 内部障がい ☐ 身体障がい者手帳あり (写し添付) ☐ 現在手帳申請中 (年 月 日申請) ☐ 所持していないので、医師の診断書等を添付 知的障がい ☐ 療育手帳あり (写し添付) ☐ 現在手帳申請中 (年 月 日申請) ☐ 所持していないので、医師の診断書等を添付 精神障がい ☐ 精神障がい者保健福祉手帳あり (写し添付) ☐ 現在手帳申請中 (年 月 日申請) ☐ 所持していないので、医師の診断書等を添付	

(以下こども相談センターで記入)

上記児童に対するこども相談センターの意見	
認 否 に つ い て	加算対象児童として 認 ・ 否
加算対象児童認定年月日	年 月 日

年 月 日

障がい児入所施設等 重度重複障がい児加算費申請児童名簿

(施設名)

(施設長)

[illegible]