様式第18号（第12条関係）

障害児通所給付費等利用者負担額減額・免除認定証

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表面) | | | | |  | (裏面) | |
|  | | | | |  | 注意事項  一　障害児通所支援を受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は  施設の窓口に提出してください。  二　障害児通所支援を受けるときに支払う金額は、障害児通所費用から障害  児通所費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。  三　減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除認定  証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を町に返してください。  四　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証  を添えて、町にその旨を届け出てください。  五　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受  けます。 |
|  | 障害児通所給付費等利用者負担額減額・免除認定証 | | |  |
| 交付年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 受給者 | | 番号 |  | |
| 住所 |  | |
| フリガナ |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　月　日 | |
| 適用年月日 | 年　月　日から | |
| 有効期限 | 年　月　日まで | |
| 減額・免除認定事項 | | | 給付率　　　／１００ | |
| 支給市町村名及び印 | | |  | |