様式第１０号(第9条関係)

　　　　　年度分　　　　児童発達支援センター利用者負担金の軽減額管理票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者氏名 | 　 | 児童氏名 | 　 | 所得区分 | 　 |
| (福祉部分)月額負担上限額 | 円 |
| 軽減区分 | 　 | 施設の名称 | 　 | (医療部分)月額負担上限額 | 円 |
| 施設の種類 | 　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用月 | 本人負担額内訳 | 本人負担合計 | 軽減後の負担額 | 軽減額 | 備考 |
| 利用日数 | 施設給付費① | 施設医療費② | 食費(おやつ代を含む)③ |
| ①+②+③ | ①’+②’+③’ | (①+②+③)- (①’+②’+③’) | 　 |
|
| 4月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 1月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3月 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※１　障害児通所給付費等明細書の写し、(医療型)児童発達支援提供実績記録票の写し及び特別医療費請求書の写しを添付すること。

※２　肢体不自由児通所医療費に係る本人負担額は、鳥取県特別医療費助成制度適用前の額を記入する。

※３　食費に係る本人負担額は市町村単独助成制度適応後の額を記入すること。

※４　減額後の負担額の算定については、次のように実施する。

①×軽減率＝①’、②×軽減率＝②’、③×軽減率＝③’とし、減額後の負担額＝①’＋②’＋③’する。なお、①’、②’、③’については10円未満の端数が生じた場合はその額を切り捨てるものとする。