

障害児通所給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

（宛先）江別市長

次のとおり申請

支給決定保護者の氏名等をご記入願います。

日 年 月 日

昭和30年1月1日

申請者	フリガナ	江別 太郎	生年月日	昭和30年1月1日		
	氏 名	個人番号：				
	居住地	〒			電話番号	

電話番号をご記入願います。

サービスを利用する児童の氏名等をご記入願います。

フリガナ

月 日

平成26年1月3日

支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続 柄	子		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
		記入不要

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	記入不要
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	
利用するサービスにチェックをお願いします。 ※従来の「児童発達支援」を更新する場合は「 <u>児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）</u> 」にチェックしてください。		

障害児支援利用計画又は通所支援計画は、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、江別市長から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 江別 太郎

支給決定保護者の氏名を記入願います。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請 する 減 免 の 種 類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者	生活保護を受給している方は、チェックの上、受給証の写しを添付願います。	
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。	市町村民税課税世帯の方に限り、サービスを受給しているお子さんに兄または姉がおり、その兄または姉が幼稚園等か就学前児童が利用する児童発達支援等に通園・通所している場合にのみ該当する場合があります。詳細は子育て支援課にご連絡願います。	
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 生活保護担当部署が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		
申請書提出者		□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号 ()		

第1号様式

(表)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費 地域生活支援事業)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(宛先) 江別市長
次のとおり申請し

支給決定保護者の氏名等をご記入願います。

日 年 月 日

記載例②

申請者	フリガナ	エベツ	生年月日	昭和30年1月1日	
	氏名	江別 太郎 個人番号:			
	居住地	〒000-0000 江別市●●町●●番地の● 電話番号 ●●●-●●●●			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	エベツ ユウタ	生年月日		
	氏名	江別 優太 個人番号:			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)					有 ・ 無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6	有効	
		利用中のサービスの種類	記入不要			
	介護保険サービス	要介護認定				2 3 4 5
		利用中のサービスの種類				

申請するサービス	区分		訓練等給付費	申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	☐ 居宅介護	着支援	記入不要
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	
		☐ 同行支援		
		☒ 行動援助		
		☒ 短期入所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	☐ 療養介護	☐ 自立訓練(機能訓練)	
		☐ 生活介護	☐ 自立訓練(生活訓練)	
			☐ 宿泊型自立訓練	
		☐ 就労移行支援		
		☐ 就労移行支援(養成施設)		
		☐ 就労継続支援A型		
		☐ 就労継続支援B型		
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助		
地域相談支援	☐ 地域移行支援			
	☐ 地域定着支援			
地域生活支援事業		☐ 移動支援事業 ☐ 日中一時支援事業		

サービス等利用計画又は調査・概況調査の内容、サービス利用の状況、意見書の全部又は一部を、支給決定保護者の氏名を記入してください。

申請者氏名 江別 太郎

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ、は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請 する 減 免 の 種 類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものがない場合は、該当するものを記入してください。） 1. 生活保護受給者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属すること（年齢 歳） ※療養費の減額措置を受ける場合 ① 療養費が月々 円以下のものであること（年齢 歳） ② 療養費が月々 円以下のものであること（年齢 歳） 3. 市町村社会福祉協議会等から支給される介護保険料軽減措置を受けること（年齢 歳）	
	☐ II 医療型介護施設入所者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 下記のいずれかに該当すること（年齢 歳） 1. 療養介護施設に入所していること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属すること（年齢 歳）	
	☐ III 施設入所者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 下記のいずれかに該当すること（年齢 歳） 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属すること（年齢 歳）	
	☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置）を申請します。 ※生活保護担当部署が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 電話番号		

世帯状況・収入等申告書

記載例③

江別市長 様

申告年月日：令和●●年●●月●●日
申告者（保護者）住所：江別市●●町●●番地の●●

申請する日付、申告する方の氏名住所を確認してください。

氏名：江別 太郎

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	個人番号	令和○年1月1日の住所 (市区町村名のみ)	生年月日	申請者との続柄
申請者	江別 太郎	123456789012	札幌市豊平区	平成2年1月1日	本人
世帯主	江別 太郎	123456789012	札幌市豊平区	平成2年1月1日	本人
世帯員	江別 花子	223456789012	江別市	平成2年5月5日	妻
	江別 優太	323456789012	江別市	平成26年1月3日	子

2 申請者の収入の状況について

（以下の（１）（２）の部分は、医療型個別減免・補足給付金（申請者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。）

（１）合計所得金額の状況

合計所得金額	記入不要
--------	------

申請する方（保護者）と世帯全員の方の氏名・個人番号・記載年1月1日の住所（市区町村名のみ 例 江別市、札幌市豊平区など）・生年月日・申請者との続柄（例 妻、子など）を記入してください。

（２）収入等の状況

収入（Ａ）（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、特別児童扶養手当等	円
	過剰福祉手当、特別児童手当等	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（	円
	仕送り収入	円
その他収入	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（	円

必要経費（Ｂ）

種類	内容	金額
租税	記入不要	円
社会保険料		円

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との 関 係	
氏 名			
住 所			

同意書

下記の利用（予定）者にかかる障害福祉サービス（支給認定）申請にあたって、月額利用者負担上限額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービスを利用する間、下記の事項について、調査することに同意します。

同意事項

同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況

令和●●年●●月●●日

サービスを利用する場合の利用者負担を算定するために、市子育て支援課において、江別市民税が課税・非課税や課税の額を確認することに同意するという意味の同意書です。

- ・利用者氏名（児童）
- ・同意者（保護者）住所・氏名を記入してください。

利用（予定）者

氏 名： 江別 優太

同意者

住 所： 江別市●●町●●番地の●●

氏 名： 江別 太郎

利用者との関係
(父)

※ この同意書は、利用（予定）者本人または利用（予定）者と同一世帯に属する家族が自署してください。

勘案事項調査票

児童氏名		江別 優太		年齢	10歳
障害の種類 及び程度	☒ 身体障害者手帳 ☒ 療育手帳 ☐ 精神保健福祉手帳 (記載内容) B				記載例⑤
心身の状況 について	☒ 定期的に通院している ☐ 定期的に通院していない 診療科及び (江別〇〇) 病院 (児童精神)科 (2)／月・週 通院回数 (江別〇〇) 病院 (リハビリ)科 (1)／月・週 ※お子さまの状況についてご記入ください。 診断名 (〇〇障害)				
主にお子さまの世話をしている方の状況についてご記入ください。	本人との続柄: 母 年齢: 45歳 心身の状況: 良好 ・ 通院中() 〇〇の治療中 () 就労の状況: パート勤務・フルタイム勤務 (勤務先 〇〇会社) ・ 無職				
通園・通学先	() 幼稚園 通常保育 小学校 普通学級 保育園 個別支援 中学校 特別支援学級 認定こども園 保育 高校 養護学校 幼稚園・保育園・学校等の時間 8 時 00 分 ~ 15 時 30 分 まで				
日中の過ごし方について	月 火 水 木 金	☐ 児童発達支援 ☒ 放課後等デイサービス ☐ 日中一時支援 16:00 ~ 17:00	☐ 自宅で過ごす ☐ 友達と遊ぶ ☒ 習い事(スイミング) 17:30 ~ 18:30	☐ その他() : ~ :	
	土 日	☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 日中一時支援	☒ 自宅で過ごす ☒ 買い物に行く ☐ 習い事()	☐ その他()	
障害児通所給付費利用に関する意向調査 (利用目的・支給量・利用事業所)		☐ 児童発達支援 ☒ 放課後等デイサービス 目的: 集団生活に適應できるようになるため。 通所回数: 2回／週 利用予定事業所: 〇〇事業所		☐ 保育所等訪問支援 ☐ 居宅訪問型児童発達支援 目的: 通所回数: 利用予定事業所:	
		☐ 居宅介護 ☐ 行動援護 目的: 通所回数: 利用予定事業所:		☐ 短期入所 目的: 利用回数: 利用予定事業所:	
地域生活支援事業利用に関する意向調査 (利用目的・支給量・利用事業所)		☐ 移動支援 目的 ☐ 余暇活動等の社会参加のためのもの ☐ 通学、通所等 ☐ その他() 利用回数: 利用予定事業所:		☐ 日中一時支援 目的 ☐ 保護者の就労 ☐ 社会に適應するための日常的な訓練 ☐ 家族の一時的な休息 ☐ その他() 利用回数: 利用予定事業所:	
		(居宅する住宅構造、生活環境等) ☒ 一戸建て ☐ (階建ての 階) ☐ その他() (家族構成) ☒ 父 ☒ 母 ☒ 兄 ☐ 姉 ☐ 弟 ☐ 妹 ☐ その他()		住宅や生活環境等について記入してください。	
備 考					

【記載例】 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン① 18才未満）

利用者氏名	江別 優木	障害程度区分	生年月日	平成 令和 26年 1月 3日	連絡先電話番号	011-●●●-●●●●
受給者番号	1234567890		計画作成日	令和元年5月21日	作成補助者（または保護者）	江別 太郎（父）

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、目標など	集団生活に適応できるようになってほしい。
-------------	----------------------

◎これから利用したいサービス

日中活動	☐ 児童発達支援 ☒ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ その他（ ）	目標： お友達とのやりとりができるようになってほしい 遊び・活動を通じてルールが守れるようになる	利用回数 10回
	☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助 ☐ その他（ ）	目標：	回
住まい	☐ 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ その他（ ）	目標：	時間 時間 回
	☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援		
その他	☐ 日中一時支援 ☐ 移動支援		回 時間

※この様式により 難しいときは、この様式に 準じた別の様式を使うことができます。

江別市子育て支援課受理日	令和 年 月 日	福祉支援担当者
--------------	----------	---------

きさい

れい

どう

り

よう

けい

かく

あん

しょうがいじ

しえん

りよう

けいかく

あん

【記載例】 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン②)

しゅうかんけいかくひょう

◎ 週間 計画 表

4:00	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいいがい 週単位以外のサービス
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00		↑ 児童発達支援 ↓			↑ 児童発達支援 ↓			
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン②（週間計画表）

が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）