

サービス等支給申請書

令和4年9月～改定

((介護・訓練等・地域相談支援・障害児通所・地域生活支援・計画相談支援・障害児相談支援・特定障害者特別)給付費、(療養介護・肢体不自由児通所)医療費)支給(変更)申請書 兼 利用者負担額減額等申請書

入間市長 様
次のとおり申請します。

申請にあたりサービス等利用計画又は個別支援計画若しくは障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、各サービスの利用に関する意向聴取の内容及び障害支援区分認定に係る認定・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、入間市からサービス事業所*¹及びその他関係機関の関係人に提示することに同意します。また、利用決定に必要がある場合には、この申請に関する、世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況、その他必要な事項を入間市が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

申請年月日	年	月	日
申請区分	☐ 支援区分有期 ☐ 新規 ☐ 継続 ☐ 変更		

①申請者		②利用者(児)氏名		
(18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人又は成年後見人)		(18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は本人)		
ふりがな		☐ 同左	ふりがな	
氏名			氏名	
個人番号 マイナンバー			個人番号 マイナンバー	
生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
居住地			居住地	
電話番号	— —		電話番号	— —
提出者 (代行者)	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(本人との関係:) (下の欄に記入)		③現在の利用状況 各サービスの利用状況を記入、又は障害サービス受給者証の添付をお願いします。	
ふりがな		障害福祉サービス		受給者番号(10桁の末尾5桁)
家族等氏名 (事業者名称)				0 0 0 0 0
居住地 (所在地)		障害児通(入)所サービス		受給者番号(10桁の末尾5桁)
電話番号	— —			0 0 0 0 0
		介護保険		介護度
				☐ 要支援(1 2) ☐ 要介護(1 2 3 4 5)

● 申請するサービス等の種類

④申請(変更)する理由 及び 具体的内容		☐ 引き続き現在の支給内容どおり利用希望	
⑤-1)介護給付		⑤-2)訓練等給付	☐ 就労継続支援(A型・B型)
区分	☐ なし →18歳以上の場合、障害支援区分の認定が必要	☐ 自立訓練(☐ 機能訓練 ☐ 生活訓練)	☐ 宿泊型自立訓練
の有無	☐ あり 区分 (1 2 3 4 5 6)	☐ 就労移行支援	☐ 就労定着支援
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	☐ 共同生活援助	☐ 自立生活援助
☐ 居宅介護(身体介護 ・家事援助・通院等介助・通院等乗降介助)		⑤-3)地域生活支援事業	⑤-4)児童通所支援
☐ 重度訪問介護	☐ 行動援護	☐ 移動支援	☐ 児童発達支援
☐ 同行援護	☐ 生活介護	☐ 日中一時支援	☐ 医療型児童発達支援
☐ 短期入所	☐ 施設入所支援	☐ 障害者デイサービス	☐ 放課後等デイサービス
☐ 療養介護	☐ 重度障害者等包括支援	☐ 訪問入浴	☐ 居宅訪問型児童発達支援
※裏面の申請する減免等の種類にもチェックをお願いします。 施設入所支援 療養介護 就労継続支援B型を申請する方は、収入の状況も記入してください。		☐ 保育所等訪問支援	
⑥相談支援 ☐ 計画相談支援 ☐ 障害児計画相談		相談支援事業所名	
地域相談支援 ☐ 地域移行支援 ☐ 地域定着支援			

●手帳の所持状況等

☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神保健福祉手帳 ☐ 難病 ☐ 自立支援医療 ☐ 診断書 ☐ その他()

●⑦ 主治医(18歳以上の者が介護給付費の支給申請をする(障害支援区分の認定が必要となる)場合に記入)

主治医氏名		☐ 提出者と別(右に記載) ☐ 調査あり ☐ 立会 ☐ 希望なし	ふりがな	
医療機関名			氏名	
所在地			居住地	
電話番号	— —		電話番号	— —
認定に必要な調査は、平日の原則9時～17時に行います。		連絡可能な 平日の時間 9時～17時の間	☐ いつでもよい ☐ 着信があれば折り返す ☐ その他 (曜日、時間帯などの希望あれば記載ください)	

(裏面)

●加入医療保険 (☐ 医療型児童発達支援 ・ ☐ 療養介護 の申請をする場合に記入のうえ、保険証の写しを添付してください。)

記 号		保 険 者 名	
番 号		保 険 者 番 号	

●申請する減免等の種類

	市認定等確認欄
① ☐ 負担上限月額 次の区分による月額負担上限の適用を申請します。 ☐ 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 ☐ 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の者 ☐ 上記以外の者 ☐ 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、児童:所得割28万円未満)に属する者	
② ☐ 多子軽減措置に関する認定 児童発達支援、医療型児童発達支援、保育所等訪問支援を利用するため、次の区分の適用を申請します。 ☐ 1. 幼稚園等に通所する兄又は姉がいる未就学児童 ※幼稚園等在籍証明が必要 ☐ 2. 世帯の市民税所得割合計額が77、101円未満であり、兄または姉がいる未就学児童 ☐ 第2子に該当する者 ☐ 第3子以降に該当する者 1.に該当する場合は幼稚園等に通所していない兄姉は除く	
③ ☐ 医療型個別減免 療養介護を利用するため、医療型個別減免を申請します。	
④ ☐ 障害者支援施設入所者に対する特定障害者特別給付(補足給付)費(入所施設の食費等軽減措置等)について、次のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 <20歳以上の方> ☐ 1. 施設入所者であること(年齢 オ) ☐ 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 <20歳未満の方> ☐ 1. 施設入所者であること(年齢 オ)	
⑤ ☐ グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付(補足給付)費(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。 ※家賃の額がわかる書類を添付してください。	
⑥ ☐ 生活保護への移行予防措置 生活保護への移行予防措置(☐ 定率負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)を申請します。	

●申請者の収入等の状況について (☐施設入所支援 ・ ☐療養介護 ・ ☐就労継続支援B型(年金の欄のみ)の申請をする場合

収入	区分	具体的内容(確認できる書類を添付してください)		収入額
	稼得等収入	年金等	○障害年金等(障害(□基礎・□厚生・□共済)年金)(年円) □ 1級 □ 2級 □ 3級 □ 遺族年金(年円) ○ 年金生活者給付金 □ 1級(円) □ 2級(円)	円
		手当等	□ 特別障害者手当(円) □ 障害児福祉手当(円) □ 経過的福祉手当(円) □ 特別児童扶養手当(円)	円
		□工賃等(給与明細又は工賃証明を添付してください)		
	その他	□その他の収入(円、名目:)		円
		□仕送り(円) □不動産等家賃収入(円)		円
	※1～6月に申請する場合は、前々年(1～12月)の収入。7～12月に申請する場合は、前年(1月～12月)の収入。			
必要経費	種類	具体的内容(確認できる書類を添付してください。)		金額
	租税	例:固定資産税、都市計画税、自動車税など		円
	社会保険料	例:国民健康保険税、雇用保険料、介護保険料など		円
				合計円

備考

*1指定通所支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定一般(障害児)相談支援事業所、指定特定相談支援事業者を含む