

記入例

介護給付費・訓練
計画相談支援給付費・支

八王子市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

障害福祉サービス支給等申請書

申請年月日・申請者氏名・個人番号・生年月日・
居住地・電話番号・障害等の種別を記入してください。
【本人が18歳未満の場合】→申請者欄は保護者、支給
申請に係る児童氏名欄に本人氏名を記入してください。

職員記入欄(記入不要)

新規 変更 更新(月切れ)
【セ 計 併 額 区】

☐セ 説明済

申請年月日

令和 年 月 日

申請者

フリガナ

氏 名

ハチオウジ タロウ
八王子 太郎

個人番号:

生年月日

明治 大正 昭和 平成 年 月 日 歳

居住地

〒 192-8501
八王子市元本郷町三丁目24番1号

電話番号

042-620-7367

支給申請に係る
児童氏名

フリガナ

生年月日

令和 平成 年 月 日 歳

個人番号:

続 柄

障害等の種別

☒ 身体障害

☐ 知的障害

☐ 精神障害

☐ 難病

☐ 左記以外

利用状況

介護保険

要介護認定 有 無

要支援 1 2

利用中の障害福祉関係サービス又は介護保険サービスの種類と内容等

要介護認定を受けている場合は、該当箇所には○をしてください。利用中のサービス内容を記入してください。

申請するサービス

区分

介護給付費

区分

訓練等給付費

訪問系・その他

☐ 居 宅 介 護 (ヘルパー)

☐ 重 度 訪 問 介 護

☐ 同 行 援 護

☐ 行 動 援 護

☐ 短 期 入 所

☐ 重 度 障 害 者 等 包 括 支 援

日中活動系

☐ 生 活 介 護

☐ 療 養 介 護

居住系

☐ 施 設 入 所 支 援

相談支援

☐ 計 画 相 談 支 援

☐ 地 域 移 行 支 援

☐ 地 域 定 着 支 援

その他関係

☐ 自 立 生 活 援 助

☐ 就 労 定 着 支 援

☐ 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

障害基礎年金1級 ☐有 ☐無

自立訓練 (機能向上型)

☐ 自 立 訓 練

宿泊型自立

☐ 宿 泊 型 自 立

共同生活援助(グループ通過型・滞在型・地域移行型・サテライト型)

☐ 共同生活援助(グループ通過型・滞在型・地域移行型・サテライト型)

現在受給中のサービスに
☑をつけてください。
「申請に係る具体的内容」欄には、利用している施設や事業所名を記入してください。

主治医

主治医の氏名

所在地

〒

医療機関名

電話番号

主治医がいる場合は
記入してください。

個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、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、八王子市福祉事務所長に提出し、指定児童相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することを承諾します。

内容を確認のうえ、申請者の署名または記名をお願いします。

申請者氏名 八王子 太郎

(第1号様式)

申請する減免の種類	利用者負担上限月額の認定について、下記の区分の適用を申請します。				
	☐ 生活保護受給世帯		☐ 非課税世帯	☐ 課税世帯 (所得割額の合計が16万円未満の者) (児童は28万円未満の者)	☐ 課税世帯 (左記以外の者)
	療養介護	医療型個別減免に関する認定について、下記のいずれにも該当するため申請します。 ☐ 療養介護利用者であること (年令 才) ☐ <20歳以上の方のみ>			
	施設入所	特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)について、下記のいずれにも該当するため申請します。 ☐ 施設入所者であること(年令 才) ☐ <20歳以上の方のみ>市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯			
	共同生活援助	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)について、下記のいずれにも該当するため申請します。 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 生活保護受給世帯			
☐ 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証を提出してください。					

利用者負担上限月額について該当箇所に☑をつ

【療養介護】
【施設入所支援】
【共同生活援助】
を申請する方で該当する場合、☑をつけてください。

世帯の状況等	本人が18歳以上の場合は配偶者、18歳未満の場合は世帯全員を以下に記入してください。					
		氏名	生年月日	本人との関係	同居/別居	(別居の場合のみ)住所及び個人番号
	申請者	八王子 太郎	S●●●●●●●●	本人	同居/別居	
	世帯員	八王子 花子	S●●●●●●●●	妻	同居	住所: 個人番号:
					同居/別居	住所: 個人番号:
				同居/別居	住所: 個人番号:	

本人が18歳以上で配偶者がいる場合は、配偶者を、18歳未満は、世帯全員を記入してください。
別居の場合のみ、住所及び個人番号も記入してください。

【療養介護】【施設入所支援】の申請者で(医療型個別減免・補足給付)を申請する場合					
令和六年中の収入状況	該当する☐にチェックをし、☑あり の場合はその証明書等を申請書に添付してください。				
	収入(年収)	区分	種類	あり/なし	種類
		稼得等収入	☐ 障害年金 ☐ 遺族年金 ☐ 老齢年金 ☐ 特別障害者給付金	☐ あり ☐ なし	☐ 特別障害者手当 ☐ 障害者手当 ☐ 経過的福祉手当
			工賃等収入	☐ あり ☐ なし	その他の収入()
		その他	仕送り収入	☐ あり ☐ なし	不動産等による収入
	その他の収入 ()				
必要経費	租税 ()	☐ あり ☐ なし	社会保険料 ()	☐ あり ☐ なし	

【療養介護】
【施設入所支援】
を申請する方で、上記減免の種類の各サービスの減免に該当する場合、該当する☐にチェックし、☑ありの場合は、その証明書等を申請書に添付してください。

【療養介護】の申請者のみ 加入している医療保険等 ※「保険証」及び「標準負担額減額認定証」のコピーも添付してください。					
被保険者証の記号及び番号			保険者名および番号		
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	ハチオウジ ハナコ	続柄	住所	同上	
氏 名	八王子 花子	妻	電話番号	同上	

【療養介護】申請者のみ加入している医療保険の内容を記入してください。

申請書提出者について記入してください。申請者本人の場合は☐に✓を付けるだけで、以下の欄は空白で結構です。

(記入上の注意)
収入の証明書等、サービスの申請に必要な書類については、この申請書に必ず添付してください。不実の申告をした場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。