

障害福祉サービス支給等申請書 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 計画相談支援給付費・支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書兼収入等申告書										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 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
八王子市福祉事務所長 様																													
次のとおり申請します。																													
受給者証番号										申請年月日																			
申 請 者	フリガナ										生年月日		年 月 日 歳																
	氏 名																												
			個人番号:								電話番号																		
居 住 地		〒																											
フリガナ										生年月日		年 月 日 歳																	
支給申請に係る																													
児 童 氏 名		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 サ ー ビ ス 状 況	介護保険	要介護認定				有		無		(有の場合)要支援					1	2	要介護		1	2	3	4	5
	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																						

申 請 す る サ ー ビ ス	①・②のどちらか当てはまるものに印をつけてください。					
	☐ ①現在利用しているサービスを継続して利用したい(以下の項目は選択不要です。)					
	☐ ②次のサービスを新たに利用したい(利用したいサービスに印をつけ、利用事業所名等を記載して下さい。)					
	区分	介護給付費	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(ヘルパー)	その他系	☐ 自立生活援助	利用事業所名	
		☐ 重度訪問介護		☐ 就労定着支援		
		☐ 同行援護		☐ 就労選択支援		
		☐ 行動援護		☐ 就労移行支援		
		☐ 短期入所		☐ 就労移行支援(養成施設)		
	日中活動系	☐ 重度障害者等包括支援	日中活動系	☐ 就労継続支援A型	障害基礎年金1級 ☐ 有 ☐ 無	利用開始日
		☐ 生活介護		☐ 就労継続支援B型		
	居住系	☐ 療養介護	居住系	☐ 自立訓練(機能訓練)		利用日数
		☐ 施設入所支援		☐ 自立訓練(生活訓練)		
	相談支援	☐ 計画相談支援	居住系	☐ 宿泊型自立訓練		申請する加算名称等
		☐ 地域移行支援		☐ 共同生活援助 (グループホーム) ☐ 滞在型 ☐ 通過型 ☐ 地域移行型 ☐ サテライト型		
☐ 地域定着支援						

(1)サービス等利用計画又は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、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、八王子市から指定特定相談支援事業者、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。

(2)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。

市役所受付

申請者氏名

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、共同生活援助又は地域移行支援を申請する場合記入してください。

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)
	☐ 不明 (貴職での確認を希望)				
	下記に該当する場合は、証明書等を添付してください。				
	療養介護を申請する方 ☐ 医療型個別減免に関する認定について、下記に該当するため、申請します。 ・<20歳以上の方のみ>非課税世帯		施設入所支援を申請する方 ☐ 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、下記に該当するため、申請します。 ・非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		
	年中の収入状況	稼得等収入	☐ 障害年金 ☐ 老齢年金	☐ 遺族年金 ☐ 特別障害者給付金	☐ 特別障害者手当 ☐ 障害児福祉手当
☐ 工賃等収入			☐ 不動産等による家賃収入		
☐ 仕送り収入			☐ その他の収入()		
必要経費		☐ 租税 ()		☐ 社会保険料 ()	
共同生活援助を申請する方					
☐ 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、下記に該当するため申請します。 ・非課税世帯又は生活保護受給世帯					
☐ 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明書が必要となります。					

世帯の状況等	☐ 住民票と同じ ☐ 住民票と異なる場合は、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				同居/別居	
	世帯員				同居/別居	住所:
					同居/別居	住所:
					同居/別居	住所:
					同居/別居	住所:
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		続柄	住所			
氏 名			電話番号			

(記入上の注意)

書ききれない事項がある場合は別紙に記入の上添付してください。不実の申告をした場合、関係法令により処罰されることがあります。