

## 記入例

障害

介護給付費・訓練等  
計画相談支援給付費・支

八王子市福祉事務所長 様

受給者証番号・申請年月日・申請者氏名・個人番号(マイナ  
バー)・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

次のとおり申請します。

|                 |                                          |                               |                               |
|-----------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 受給者証番号          | ●●●●●●●●●●                               | 申請年月日                         | 令和 ●●年 ●●月 ●●日                |
| フリガナ            | ハチオウジ タロウ                                | 生年月日                          | ●●年 ●●月 ●●日 ●●歳               |
| 氏 名             | 八王子 太郎                                   | 電話番号                          | 042-620-7367                  |
| 個人番号            | ●●●●●●●●●●                               |                               |                               |
| 居 住 地           | 〒192-8501<br>八王子市元本郷町三丁目24番1号            |                               |                               |
| フリガナ            |                                          | 生年月日                          | 年 月 日 歳                       |
| 支給申請に係る<br>児童氏名 | 個人番号:                                    | 続 柄                           |                               |
| 障害等の種別          | <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 | <input type="checkbox"/> 知的障害 | <input type="checkbox"/> 精神障害 |

要介護認定を受けている場合  
は、該当箇所に○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。

|                         |                                 |       |   |   |        |
|-------------------------|---------------------------------|-------|---|---|--------|
| 利用サ<br>ー<br>状<br>況<br>ス | 介護保険                            | 要介護認定 | 有 | 無 | (有の場合) |
|                         | 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 |       |   |   |        |

現在、受給中のサービスを継続して  
利用したい場合は①、新たにサー  
ビスを追加したい場合は②に☑を付  
けてください。

- 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)
- ☐ 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付

|          |                                 |                                     |                                     |                                       |                                                                |                                                                                                  |
|----------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請するサービス | 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                         | <input type="checkbox"/> 居宅介護(ヘルパー) | 日中活動系                               | <input type="checkbox"/> 自立生活援助       | 利用事業所名                                                         |                                                                                                  |
|          |                                 | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護     |                                     | <input type="checkbox"/> 就労定着支援       | 利用開始日                                                          |                                                                                                  |
|          |                                 | <input type="checkbox"/> 同行援護       |                                     | <input type="checkbox"/> 就労選択支援       |                                                                |                                                                                                  |
|          |                                 | <input type="checkbox"/> 行動援護       |                                     | <input type="checkbox"/> 就労移行支援       |                                                                |                                                                                                  |
|          |                                 | <input type="checkbox"/> 短期入所       |                                     | <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) | 利用日数                                                           |                                                                                                  |
|          | 日中活動系                           | <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | 居住系                                 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型     | 障害基礎年金1級 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <p>(②に☑を付けた方)<br/>追加したいサービスに☑をつけて<br/>ください。利用する事業所名や利用<br/>開始日、利用日数、申請する加算<br/>名称等を記入してください。</p> |
|          |                                 | <input type="checkbox"/> 生活介護       |                                     | <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型     |                                                                |                                                                                                  |
|          | 居住系                             | <input type="checkbox"/> 療養介護       | <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) | 滞在型 <input type="checkbox"/> 通過型      |                                                                |                                                                                                  |
|          |                                 | <input type="checkbox"/> 施設入所支援     | <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) |                                       | 地域移行型 <input type="checkbox"/> サテライト型                          |                                                                                                  |
| 相談支援     | <input type="checkbox"/> 計画相談支援 | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練    | 共同生活援助(グループホーム)                     |                                       |                                                                |                                                                                                  |
|          | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 |                                     |                                     |                                       |                                                                |                                                                                                  |
|          | <input type="checkbox"/> 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。

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

|     |        |       |
|-----|--------|-------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 |
|     | 所在地    | 〒     |

主治医がいる場合は記入してください。

利用者負担上限月額について該当箇所に☑をつけてください。不明の場合は、不明（貴職での確認を希望）の☑をつけてください。

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。

|                                   |                                |                                                                      |                                           |                                                       |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 | <input type="checkbox"/> 非課税世帯 | <input type="checkbox"/> 課税世帯<br>(所得割額の合計が16万円未満の者)<br>(児童は28万円未満の者) | <input type="checkbox"/> 課税世帯<br>(左記以外の者) | <input checked="" type="checkbox"/> 不明<br>(貴職での確認を希望) |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

下に該当する場合は、証明書等を添付してください。

|                                                                                  |         |                                                                                                 |                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 療養介護を申請する方                                                                       |         | 施設入所支援を申請する方                                                                                    |                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 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。<br>・<20歳以上の方のみ>非課税世帯 |         | <input type="checkbox"/> 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。<br>・非課税世帯又は生活保護受給世帯 |                                                                                                                                            |
| 申請する減免の種類                                                                        | 年中の収入状況 | <input type="checkbox"/> 障害年金<br><input type="checkbox"/> 老齢年金                                  | <input type="checkbox"/> 遺族年金<br><input type="checkbox"/> 特別障害者給付金<br><input type="checkbox"/> 特別障害者手当<br><input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 |
|                                                                                  |         | <input type="checkbox"/> 工賃等収入<br><input type="checkbox"/> 不動産等による家賃収入                          |                                                                                                                                            |
|                                                                                  |         | <input type="checkbox"/> 仕送り収入<br><input type="checkbox"/> その他の収入(                              |                                                                                                                                            |
|                                                                                  | 必要経費    | <input type="checkbox"/> 租税 ( )<br><input type="checkbox"/> 社会保険料 (                             |                                                                                                                                            |

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

【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。

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 | <input checked="" type="checkbox"/> 住民票と同じ                        |        |            |            |       |         |     |
|        | <input type="checkbox"/> 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 |        |            |            |       |         |     |
|        | 申請者                                                               | 氏名     | 生年月日       | 本人との関係     | 同居/別居 | (別居の場合) |     |
|        |                                                                   | 八王子 太郎 | S ●●●●●●●● | 本人         | 同居/別居 |         |     |
|        | 世帯員                                                               |        | 八王子 花子     | S ●●●●●●●● | 妻     | 同居/別居   | 住所: |
|        |                                                                   |        |            |            |       | 同居/別居   | 住所: |
|        |                                                                   |        |            |            |       | 同居/別居   | 住所: |
|        |                                                                   |        |            |            | 同居/別居 | 住所:     |     |

住民票と異なる世帯員がいる場合(単身赴任等)は申請者と世帯員を記入してください。  
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。

|        |                                                                                    |    |      |    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 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 |

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)

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。