

記入例

障害福祉サービス支給等申請書

職員記入欄(記入不要)

新規 変更 更新(月切れ)

【セ 計 併 額】

介護給付費・訓練
計画相談支援給付費・支

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。

八王子市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者	フリガナ 氏名	ハチオウジ タロウ 八王子 太郎	生年月日	明治 大正 昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇歳
	居住地	〒 192-8501 八王子市元本郷町三丁目24番1号	個人番号: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	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		<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害
		<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 左記以外	

利用状況	介護保険	要介護認定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	要支援	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
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○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	介護給付費		訓練等給付費	
	区分	内容	区分	内容
訪問系・その他	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
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 就労定着支援
		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 就労移行支援
		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)
		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型
日中活動系	日中活動系	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能)	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活)	
居住系	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立	
		相談支援	居住系	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)
<input type="checkbox"/> 地域移行支援				
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

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		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

主治医がいる場合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、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、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)

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 (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)	<input type="checkbox"/> 課税世帯 (左記以外の者)
-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

申請する減免の種類

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。 <input type="checkbox"/> 療養介護利用者であること (年令 才) <input type="checkbox"/> <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、下記を申請します。 <input type="checkbox"/> 施設入所者であること(年令 才) <input type="checkbox"/> <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、下記を申請します。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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

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。

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、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。

令和二年中の収入状況	収入(年収)	区分	種類	あり/なし	種類
		稼得等収入	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者給付金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当
	その他		工賃等収入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の収入()
		仕送り収入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	不動産等による収入()	
必要経費	租税 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	社会保険料 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<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

【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。記入が不明な場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。不実の申告をした場合は、ペナルティの対象となります。