

障害福祉サービス等

障害児通所給付費 支給申請書

地域相談支援給付費

申請年月日	年 月 日
-------	-------

(兼 負担上限月額認定申請書)

福山市長 様

次のとおり申請します。申請する障害福祉サービス等の給付要件の確認のため、福山市が保有する私に係る介護保険資格・給付情報及び介護保険認定情報の目的外利用に同意します。または、福山市が保有する支給決定に係る児童と同一世帯の未就学児童の幼稚園等への入所状況の目的外利用に同意します。(同意しない場合はこの一文を削除してください。)

1 申請者 (利用者が18歳以上の場合は本人の名前を、18歳未満の場合は保護者名を記入してください。)

ふりがな			個人番号			
名 前	Ⓜ 自署又は記名押印してください。		生年月日	年	月	日()歳
住 所	〒 -		電話番号			
受給者証番号	障害福祉サービス等	0000	障害児通所給付費	0000	地域相談支援給付費	0000

2 支給決定に係る児童 (利用者が18歳未満の児童の場合のみ児童名を記入してください。)

ふりがな			個人番号			
名 前			生年月日	年	月	日()歳
			学校名等			

3 申請するサービスの種類 (サービスに✓印をし、必要事項を記入してください。)

※ 地域生活支援事業のみを申請される場合は、週間スケジュールを添付すること。

給付区分	サービス種類及びサービス量	給付区分	サービス種類及びサービス量
介護給付	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護 時間(1回当たり 時間) 家事援助 時間(1回当たり 時間) 通院等介助(身有・身無) 時間, 乗降介助 回)	地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援 (身有・身無・行動援護) 時間
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 時間		<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (基本・生活・重心) 日
	<input type="checkbox"/> 同行援護 (基本・盲ろう) 時間	児童通所支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (基本・難聴・重心) 日
	<input type="checkbox"/> 行動援護 時間		<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (基本・重心) 日
	<input type="checkbox"/> 短期入所 日		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 日
	<input type="checkbox"/> 生活介護 日	地域相談	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 日
	<input type="checkbox"/> 重度包括支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援
	訓練等給付	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 日	多子軽減措置に関する認定
<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能・生活) 日		<input type="checkbox"/> 第2子に該当する児童	<input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する児童
<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (基本・養成) 日		支給決定に係る児童と同一世帯の兄又は姉について	
<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型) 日		名 前	
<input type="checkbox"/> 就労定着支援		生 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 自立生活援助		幼稚園等の名称※	
申請に係る具体的内容			
希望する事業所・施設名:			

※ 私立の幼稚園に通っている場合は、通園証明書を添付すること。

4 申請書提出者 (✓印をしてください。申請者本人以外の者が提出する場合は、名前等を記入してください。)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人			
	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外	ふりがな		
		名 前	申請者との関係	
		住 所	〒 -	
	電話番号			

(裏面につづく)

5 手帳等の所持状況等（利用者の所持している手帳等に✓印をしてください。）

障がいの種類 及び程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ <input type="checkbox"/> 人工透析受療中） <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ 手帳がない場合は、次のいずれかで確認 <input type="checkbox"/> 自立支援医療（精神通院） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害年金等の受給証書 <input type="checkbox"/> 難病等（ <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 診断書）		（記載内容）		
	手帳等の有効期限 （次回判定年月）		年 月 末	<input type="checkbox"/> 定めない	
サービスの 利用状況	障害支援区分	（区分）		（認定有効期間） 年 月 日 ~ 年 月 日	
	保健医療 サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5
		非該当・未申請・申請中		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用中のサービスの種類と内容等					

6 障害年金の受給状況等（就労継続支援のサービスを申請する者に限り記入要。）

障害基礎年金1級受給の有無	有 ・ 無
---------------	-------

7 当該障がい者又は児童の置かれている環境（※該当する場合、✓印をしてください。）

世帯の状況	名 前	個人番号	障がい児者※	要介護者※	幼児※
本人			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保護者			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人の配偶者			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
世帯員			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 主治医（介護給付を申請する場合に記入してください。児童の場合は記入不要。）

【受診のお願い 交付済】

医療機関名		診療科名	科	主治医の名前	医師
所在地	〒 -		電話番号		

9 認定調査に係る連絡票（介護給付又は訓練等給付を申請する場合に記入してください。児童の場合は記入不要。）

調査実施 場所の希望	<input type="checkbox"/> 住民票の所在地				
	<input type="checkbox"/> 住民票の所在地以外	住所又は病院・施設名			
日程調整を する人	ふりがな				申請者との 関 係
	名 前				
	電話番号	できるだけ日中に連絡がとれる番号を記入してください。			
	備 考	連絡のとれる時間帯などを記入してください。			

10 課税状況等に係る個人情報の目的外利用の同意

私は、障害福祉サービス等の利用者負担額の認定のため、次のとおり私及び私の配偶者（利用者が児童の場合は児童が属する世帯全員）に係る個人情報の目的外利用に同意します。

市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
対象年度1月1日 の住民票の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市以外（転入年月日： 年 月 日） （※ 1/1～6/30までの間の申請については、前年の1/1現在の住民票の住所）	

※ 課税状況等に係る個人情報の目的外利用について同意しない場合は、利用者負担額の認定のため市町村民税の課税（非課税）証明書（福山市役所の他課等へ原本を提出されている場合は写しでも可）の提出が必要です。

生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
-----------	----------------------------	----------------------------

※ セルフプラン又はケアプランで支給決定を希望される場合、セルフプラン又はケアプランの添付が必要です。

【計画相談についての説明 済】