

記入例

※保護者が木更津 花子、お子様が木更津 太郎の場合

(※マーカーの箇所を記入してください)

障害児通所給付費支給申請書兼
利用者負担軽減額・免除等申請書

木更津市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

保護者及び児童の氏名・生年月日・
住所・連絡先をご記入ください。
(保護者は通所受給者証1ページ目
に印字している方になります。)

申請者 (保護者)	フリガナ	キサラツ ハナコ	生年月日	S55年1月27日
	氏名	木更津 花子		
	個人番号	0000000000		
	居住地	〒292-8501 木更津市朝日三丁目10番19号		連絡先 0438-23-7244
	フリガナ	キサラツ タロウ	生年月日	H28年8月12日
	支給申請に係る 児童氏名	木更津 太郎	続柄	子
	個人番号	0000000000		
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番	精神障害者保健 福祉手帳番号	特定 疾病
被保険者証の記号及び番 (※)		個人番号はマイナンバー をご記入ください。		

※「被保険者証の記号及び番号」と「療育手帳番号及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス 利用の 状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
申請する 支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

申請者(保護者)の署名
と押印をしてください。

障害児支援利用計画又は通所支援計画(必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び通所支援計画)を、木更津市長から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設等の関係人に提示することに同意します。

申請者 氏名 **木更津 花子** (印)

主治医
(※)

申請する
減免の
種類

記入不要です。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒	連絡先	

提出者が
本人以外に☑の場合は、
氏名・住所・申請者との続柄をご記入
ください。

法定代理人（証明書の写しが必要）

■本人確認書類

マイナンバーカード 免許証 障がい者手帳 その他（ ）

※写真付きでない証明書（保険証・年金手帳等）の場合は、2つ以上で確認します。

（公的機関等発行の氏名・住所または生年月日が記載書類1つ＋預金通帳等の氏名が印字されているもの1つの合計2つ必要です。）

■個人番号記載確認

マイナンバーカード 通知カード 職権確認 その他（ ）

記入例

課税状況等に関する調査同意書

(※マーカーの箇所を記入してください)

サービスの申請者（保護者）の住所・氏名をご記入ください。

給付を受ける者（申請者）

住所 **木更津市朝日三丁目10番19号**

氏名 **木更津 花子**



※申請者署名の場合には、押印は必要ありません

額	均等割

木更津市健康子ども部子ども発達支援課職員が、障害児通所支援の給付決定等にあたり、木更津市で保管する私及び私の世帯の課税資料・公的給付内容・住民基本台帳情報・世帯状況・資産状況を閲覧することについて同意いたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

木更津市福祉事務所長 様

○ 生計同一の世帯員（18歳以上）

上記の申請者以外で18歳以上の世帯員全員の署名又は記名押印をお願いいたします。

氏名 **木更津 一郎**

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

※本人署名の場合には、押印は必要ありません

18歳未満の児童全員記入してください。

○扶養している世帯員（18歳未満）

氏名 **木更津 太郎**) 生年月日 (**H28年 8月12日**) 年齢 (**7**) 才

氏名 **木更津 次郎**) 生年月日 (**H30年 5月10日**) 年齢 (**5**) 才

氏名 () 生年月日 (H 年 月 日) 年齢 () 才

氏名 () 生年月日 (H 年 月 日) 年齢 () 才

記入例

(※マーカーの箇所を記入してください)

セルフプランの提出について

木更津市福祉事務所長 様

私は、障害福祉サービスを利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される「サービス等利用計画（案）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思において、いわゆる「セルフプラン」による提出を希望します。

セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、指定特定相談支援事業者からモニタリングが実施されないなど、制度の内容を理解し、あるいは十分な説明等を受けています。

保護者の署名をお願いいたします。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者 木更津 花子 印

※自署の場合、押印は必要ありません

代筆者 _____ 印

お子様の氏名

【記載例】 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名	木更津 太郎	障害支援	—	生年月日	平成 令和 6年 1月 1日	連絡先電話番号	0438-23-0000
受給者番号	000000000000	区分	—	計画作成日	令和 6年 1月 1日	作成補助者（または保護者）	木更津 花子

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

お子様の生活面の目標をご記入ください。

希望する生活、目標など	本人…自分のペースで楽しく過ごしたい。／自立を目指したい。 母…落ち着いて座れるようになって欲しい。／手を繋いで歩けるようになって欲しい。／集団生活の中でのコミュニケーションを身に付けて貰いたい。
-------------	---

◎これから利用したいサービス

日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活・機能） <input type="checkbox"/> その他（ ）	楽しく健康に過ごす。／言葉を使って無理なく他者に意思を伝えられるようになりたい。／コミュニケーション手段を身に付ける。／物の貸し借りをできるようにする。／自分から動けるようになりたい。／できることを増やしたい。	(利用回数) 週 5 回
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活介護 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援助 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援助 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	通所先での活動目標をご記入ください。	利用事業所との間で決まっていなければ、保護者様をご希望される回数で構いません。
その他	<input type="checkbox"/> 移動支援	映画館で映画を見る。	月 1 回

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。

木更津市子ども発達支援課受理日	令和 年 月 日	担当者	
-----------------	----------	-----	--

【記載例】 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン②）

しゅうか/けいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								家族と過ごす (外出等)
13:00	児童発達支 援○○	児童発達支 援○○	児童発達支 援○○	児童発達支 援○○	児童発達支 援○○			※月1回、 映画館に行く。
14:00								移動支援(月1回、 日曜日に映画館に行 く。)
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン②(週間計画表)が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。(作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。)