

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

木更津市福祉事務所長 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 (保護者)	フリガナ	キサラヅ ハナコ	生年月日	〇〇年〇月〇〇日
	氏 名	木更津 花子		
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	居 住 地	〒292-8501 木更津市朝日三丁目8番1号 連絡先 0438-23-7244		
	フリガナ	キサラヅ タロウ	生年月日	〇〇年〇月〇〇日
	支給申請に係る 児 童 氏 名	木更津 太郎	続 柄	子
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番 号	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」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
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)	
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。)	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するた
用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は
談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示す
す。

申請者 氏 名 木更津 花子

申請者(保護者)の署名を
お願いいたします。

記入不要です。

主治医(※)	
申請する減免の種類	

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	☐ 申請者本人 ☐ 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。

☐本人確認書類 ☐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

(※マーカの箇所を記入してください)

給付を受ける者(申請者)

住 所 **木更津市朝日三丁目8番1号**

氏 名 **木更津 花子** 印

※申請者署名の場合には、押印は必要ありません

サービスの申請者(保護者)の住所・氏名をご記入ください。

サービス利用計画(案)の概要	サービス利用計画(案)の概要	サービス利用計画(案)の概要	額	均等割

木更津市健康こども部こ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

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。

○ 生計同一の世帯員(18歳以上)

氏 名 **木更津 一郎** 印

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 (**〇〇年〇月〇〇日**) 年齢 (**〇**) 才

氏名 **(木更津 次郎)** 生年月日 (**〇〇年〇月〇〇日**) 年齢 (**〇**) 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。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

保護者の署名をお願いいたします。

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 〇年〇月〇日	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 年 月 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		☐就労移行支援 ☐就労継続支援A型 ☐就労継続支援B型 ☐生活介護 ☐保育所等訪問支援 ☒児童発達支援 ☐放課後等デイサービス ☐医療型児童発達支援 ☐自立訓練（生活・機能） ☐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なる。／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・月 5 回
住まい	共同	☐共同生活介護 ☐共同生活援助 ☐その他（	通所先での活動目標をご記入ください。	
	在宅	☐居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） ☐重度訪問介護 ☐同行援護 ☐短期入所 ☐その他（ ☐重度障害者等包括支援 ☐行動援護 ☐地域定着支援	利用事業所との間で決まっていなければ、保護者様がご希望される回数で構いません。	週・月 回
その他		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うことができます。

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）

しゅうかんけいかくひょう
◎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								
13:00	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇		家族と過ごす (外出等)	
14:00							※月1回、 映画館に行く。	
15:00								
16:00								
17:00								移動支援（月1回、 日曜日に映画館に行く。）
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。）