

記入例

※利用していたお子さまが18歳になる場合

(※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
利用者負担額減額・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。

申請者は18歳になるお子さまになります。お子さまの氏名・生年月日・住所・連絡先をご記入ください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	フリガナ	キサラツ ハナコ	生年月日	H21年1月18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				
支給申請に係る児童氏名				
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
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)		

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」欄及び「保険者名及び保険者番号」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（通所支援の利用に関する意向聴取の内容）も指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者等から作成されたものに同意します。

申請者（お子さま）がご署名ください。署名が難しい場合は、代筆でも構いません。

申請者 氏名 木更津 花子

③セ18-申記入例

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	☐ 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。

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)

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

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 木更津 頼子 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

同じ世帯の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 花子) 生年月日(H21年1月18日) 年齢(17) 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

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。

申請者(お子さま)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 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（	目標： 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	目標：	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。
その他		移動支援	目標： 映画館で映画を見る。	週・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。）