

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。

		申請年月日		令和		年		月		日	
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日						
	氏 名										
		個人番号：									
	居 住 地	〒									
		電話番号									
フリガナ				生年月日	年 月 日						
支給申請に係る 児 童 氏 名											
		個人番号：		続 柄							
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 利用	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めには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、木更津市福祉事務所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の関係人に提示することに同意します。

申請者 氏 名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 連絡先		

申請する減免の種類 (種類がわからない場合□)	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 幼稚園、保育所等に通園等していることを証する書面が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

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		

※職員記載欄※

■窓口来庁者

☐ 本人・保護者 ☐ 代理人(委任状が必要) ☐ 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()

課税状況等に関する調査同意書

給付を受ける者（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※申請者署名の場合には、押印は必要ありません

※ 市 処 理 欄			
氏名	市民税額		
	所得割	扶養控除廃止前額	均等割

木更津市こども未来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 年 月 日

木更津市福祉事務所長 様

○ 生計同一の世帯員（１８歳以上）

氏 名 _____ 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

○扶養している世帯員（１８歳未満）

氏名（ ） 生年月日（H・R 年 月 日）年齢（ ）才

氏名（ ） 生年月日（H・R 年 月 日）年齢（ ）才

氏名（ ） 生年月日（H・R 年 月 日）年齢（ ）才

氏名（ ） 生年月日（H・R 年 月 日）年齢（ ）才

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、児童通所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。

年 月 日

申請者 _____ 印

※自署の場合、押印は必要ありません

代筆者 _____ 印

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		障害程度		生年月日	平成・令和	年	月	日	連絡先電話番号	—	—
受給者番号		区分		計画作成日	令和	年	月	日	作成補助者（または保護者）		

◎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

希望する生活、 目標など	
-----------------	--

◎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 ☐ 自立訓練（生活・機能） ☐ その他（ ）	☐ 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 ☐ 居宅訪問型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援	目標： 	(利用回数) 週・月 回	
住まい	共同	☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助 ☐ その他（ ）	☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援	目標： 	週・月 回
	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 ☐ 同行支援 ☐ 短期入所 ☐ その他（ ）	☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 行動支援 ☐ 地域定着支援	目標： 	週・月 回
その他					

※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。

木更津市こども発達支援課受理日	令和 年 月 日	担当	
-----------------	----------	----	--

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	しゅうかんけいかくひょう 週間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								
14:00								
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。）