

申請書記入例(表面)

支給申請書 不十分内容返送後再入力用紙(障害児通所申請書)

申請年月日 年 月 日

西宮市長

次のとおり申請します。

【申請の内容】 新規 継続 変更(追加)

なお、本申請による支給決定期間が3ヶ月以内の場合、支給期間終了時における継続申請・利用者負担上限月額の見直しが本申請を兼ねる。

また、介護給付費等のサービスの利用者負担上限月額の認定等に際し、必要がある時は、西宮市が私及び世帯の収入状況について資料その他公募等により調査することに同意します。

サービス等利用計画、障害児支援利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定および支給決定等に係る資料の全部又は一部を西宮市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、障害者支援施設若しくは障害児通所支援事業者の関係者に提示することに同意します。

申請者	(フリガナ) 氏名 (18歳未満の場合はその保護者)	西宮 一郎		生年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日
	個人番号	※以前、生活支援課にマイナンバー関係書類を提出した方、令和3年1月1日現在、西宮市に住所を有している方は記入不要です。			
	居住地	〒●●●-●●●● 電話番号 - - 西宮市●●町●●番●●号			
	(フリガナ) 支給申請に係る児童(18歳未満) 氏名	生年月日	年 月 日		
個人番号	※以前、生活支援課にマイナンバー関係書類を提出した方、令和3年1月1日現在、西宮市に住所を有している方は記入不要です。				
身体障害者手帳番号	西宮市 ●●●	療育手帳番号	兵庫県 ●●●	精神障害者保健福祉手帳番号	兵庫県 ●●●
被保険者証の記号及び番号(※1)			被保険者名及び番号(※1)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援サービスを申請する者に限る。)					

※1 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「被保険者及び番号」欄は、療養介護または医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 非該当 <input checked="" type="checkbox"/> 区分 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 利用中のサービスの種類と内容等				
	介護関係サービス	要介護認定 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 利用中のサービスの種類と内容等				
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等				
申請するサービスの種類・内容	区分	サービスの種類				
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	訓練等給付費		障害児通所支援
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		地域生活支援事業		<input type="checkbox"/> 移動支援事業
		<input type="checkbox"/> 同行援護		生活支援事業		<input type="checkbox"/> 児童発達支援
		<input type="checkbox"/> 行動援護		自立訓練(機能訓練・生活訓練)		<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業
		<input type="checkbox"/> 短期入所		就労移行支援(○養成施設)		<input type="checkbox"/> 生活支援事業
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		就労継続支援(A型 B型)		<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護(※1)	就労継続支援(A型 B型)		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	就労定着支援		<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援(※1)	
			自立生活援助		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	
			宿泊型自立訓練			
		居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	共同生活援助(グループホーム)		
地域支援系		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	詳細を右の備考欄に記入(※2)			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					
備考欄：申請に係る具体的内容・変更の理由等						

※2 共同生活援助(グループホーム)申請する場合は、希望する事業所の種類(介護サービス包括型と外部サービス利用型の別)及び入浴、排せつ又は食事等の介護を提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載してください。

(裏面に続きます)

① 申請理由

障害福祉サービスの申請理由に☑チェックします。

有効期間の更新のみ行う場合は「継続」に、前回申請内容から変更のある場合及び障害福祉サービス等の追加支給申請をする場合には「変更(追加)」に☑チェック。

② 同意事項

利用者負担上限月額の認定のために必要ですので、内容等ご確認いただきますようお願いいたします。

※同意がいただけない場合は、申請者及び申請者の属する世帯全員の課税証明書等、別途添付書類が必要となります。

③ 申請者

障害者本人の指名、生年月日、居住地などを記入します。ただし、障害児(18歳未満の場合は、障害児の保護者が申請者となります。

個人番号を記入いただく場合は「マイナンバーカードの写し」もしくは「通知カードの写し+本人確認書類等(顔写真の確認できる物)」の添付をお願いします。
成年後見人(保佐人、補助人)が記入される場合は[本人氏名]成年後見人(保佐人、補助人)[後見人等氏名]としてください。

④ 利用者(児童)

※サービス利用者本人が18歳以上の場合、この欄の記入は不要です。

障害福祉サービス利用者が児童(18歳未満)の場合、児童の氏名、生年月日、続柄などを記入してください。

⑤ 障害者手帳

現在所持している手帳の番号を記入します。

※身体障害者手帳と療育手帳の両方の手帳を所持している方など複数の手帳を所持している方は、それぞれの手帳番号の記入をお願いします。

⑥ 健康保険

現在加入している健康保険証の被保険者記号番号を記入します。

※「療養介護」または「医療型児童発達支援」を申請する場合は、健康保険証の写しを添付してください。

⑦ 障害年金

障害基礎年金1級を受給している方は有に○を、受給していない方は無に○をつけてください。
就労継続支援サービスを利用していない方は記入不要です。

①の申請理由で「継続」にチェックした場合、記入不要です。

⑧ サービスの利用状況

障害支援区分認定、介護認定を受けておられる方は、該当する区分又は要介護度に☑チェックしてください。
また、現在利用している障害福祉サービス及び介護関係サービスの種類等を記入してください。

⑨ 障害児通所支援

利用中のサービスをご記入ください。

⑩ 申請する支援の種類・内容・変更理

申請を希望するサービスに☑チェックします。

『自立訓練』を申請する場合は「機能訓練」か「生活訓練」の一方を、『就労継続支援』を申請する場合は「A型」か「B型」の一方を丸で囲んでください。

『就労移行支援』を申請する場合に、養成施設での支援を希望する場合は、さらに『養成施設』に☑チェックしてください。

共同生活援助(グループホーム)を申請する場合は、希望する事業所の種類(介護サービス包括型と外部サービス利用型の別)及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載してください。

①申請理由が変更(「変更(追加)」に☑チェック)の場合、備考欄にその変更理由を記入してください。

申請書記入例(裏面)

I 上限負担月額に関する認定
 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。いずれもあ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
 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。
 ① 利用者本人の合計所得金額及び、障害基礎年金等の収入が80万円以下の者
 ② ①以外の者

3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者

II 医療型個別減免に関する認定
 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)
---	------------------------------------

III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)
 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。
 (注)対象施設は介護給付の対象となる入所施設(障害者支援施設)

<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)
---	----------------------------------

IV グループホームへ入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)
 市町村民税非課税世帯又は生活保護世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。

V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(定率負担減免措置 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が必要になります。

VI 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 ※ 在園証明等が必要となる場合があります。

主治医(※)	主治医の氏名	医療機関名	
	所在地	電話番号	

※ 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合記入してください。

届出者	区分	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
	(フリガナ)		
	氏名		申請者との関係
	住所	〒 — 電話番号 — —	

⑪ 所得区分認定

サービス利用者本人が18歳以上のときは、申請者及び配偶者の市町村民税の課税状況や生活保護受給の有無に応じて、該当する1~3に○をつけてください。
 サービス利用者本人が18歳未満のときは、申請者(障害児の保護者)の属する世帯の課税状況や生活保護受給の有無に応じて、該当する1~3に○をつけてください。

⑫ 医療型個別減免(療養介護利用者のみ)

「I 所得区分認定」で2に該当する方で、減免申請される方は1か2に○をつけ年齢を記入してください。
 なお、その際、申請者の収入額等のわかる書類が必要です。

⑬ 特定障害者特別給付費

20歳以上の施設入所者で、かつ「I 所得区分認定」で1又は2に該当する方、又は20歳未満の施設入所者で、施設利用に係る食費・光熱水費の実費負担の軽減を申請される方は1か2に○をつけてください。なお、その際、申請者(20歳未満の場合、監護する者)の収入額等のわかる書類が必要です。

共同生活援助(グループホーム)利用者で、かつ「I 所得区分認定」で1又は2に該当する方で、施設利用に係る家賃の実費負担の軽減を申請される方は☑チェックしてください。

⑭ 生活保護への移行予防措置

障害福祉サービス等利用に伴う利用者負担を負担することで生活保護の受給対象となる場合に、生活保護の適用対象でなくなるまで負担上限月額区分を下げる制度です。
 ※減免認定を希望される方は事前に地区担当ケースワーカーまでご相談ください

⑮ 多子軽減措置

障害児通所支援を利用している就学前児童と同じ世帯に、認可保育所等に通っている就学前児童(兄・姉)がいる場合で、利用者負担の軽減を希望する方は1か2に○をつけてください。
 ※別途、通園証明書が必要です。(既に提出されている方は不要です。)

⑯ 主治医

①の申請理由で「継続」チェックした場合、記入不要です。

障害支援(程度)区分の認定がない方で新たに介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合に必要となりますので、主治医の氏名等を記入してください。

⑰ 届出者

申請者本人以外に☑チェックをされた方のみ住所・氏名等を記入してください。