障害福祉サービス等・障害児通所給付費等

**支給申請書**

計画相談支援・障害児相談支援給付費

（兼世帯状況・収入等申告書）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　新規　・　継続　・　変更　）

東広島市福祉事務所長　　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　申請年月日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者  （18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人又は成年後見人） | | | | | | | | | | | | | | 対象者氏名  (18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は本人) | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |  | | □同左  〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |

* 申請するサービス等の種類・計画を依頼する事業者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護給付 | 訓練等給付 | 地域生活支援事業 | 児童通所支援 |
| □居宅介護 | □自立訓練（機能訓練） | □移動支援 | □児童発達支援 |
| □重度訪問介護 | □自立訓練（生活訓練） | □日中一時支援 | □医療型児童発達支援 |
| □同行援護 | □宿泊型自立訓練 | 地域相談支援 | □居宅訪問型児童発達支援 |
| □行動援護 | □就労移行支援 | □地域移行支援 | □放課後等デイサービス |
| □短期入所 | □就労移行支援（養成施設） | □地域定着支援 | □保育所等訪問支援 |
| □重度障害者等包括支援 | □就労継続支援（Ａ型） | 計画相談支援事業者名 | |
| □療養介護 | □就労継続支援（Ｂ型） |  | |
| □生活介護 | □就労定着支援 |
| □施設入所支援 | □共同生活援助 |
|  | □自立生活援助 |
| 変更の理由 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 氏名（続柄） | 生年月日 | 世帯の状況 | 氏名 | 生年月日 |
| 世帯主 | （　　） |  | 世帯員 | （　　） |  |
| 世帯員 | （　　） |  | （　　） |  |

●

●　世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 氏名（本人との続柄） | | 生年月日 | 世帯の状況 | 氏名（本人との続柄） | 生年月日 |
| 世帯主 | （　　） | |  | 世帯員 | （　　） |  |
| 世帯員 | （　　） | |  | （　　） |  |
| （　　） | |  | （　　） |  |
| 幼稚園等通園する世帯員 | | 氏名（　　　　　　　　　　　　　）　幼稚園（保育所）名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

* 主治医

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 | | |

* 申請書提出者　□申請者本人　□申請者本人以外（下欄に記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | □申請者住所と同じ  〒  電話番号 | | |

決定に係る東広島市市県民税台帳等による市民税額等、東広島市住民基本台帳による世帯構成員・生活保護の受給状況、世帯員の幼稚園又は保育所の在籍状況、障害児通所支援又は障害福祉サービス事業所からの個別支援計画提出について、市が必要と認める場合に調査・確認することについて同意します。

また、障害児支援利用計画又はサービス等利用計画、通所支援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、障害支援区分認定に係る調査内容、意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部などを、指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者、指定障害者支援施設、地域包括支援ｾﾝﾀｰ、居宅介護事業者又は指定一般相談支援事業者に提示することに同意します。

申請者氏名

（成年後見人氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

●手帳の所持状況等

|  |
| --- |
| □身体障害者手帳　□療育手帳　□精神保健福祉手帳　□自立支援医療　□診断書　□その他（　　　　　） |

|  |
| --- |
| □　負担上限月額次の区分による月額負担上限の適用を申請します。  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  □利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が８０万円以下のもの  □上記以外のもの  3.市町村民税非課税世帯（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 |
| * 多子軽減措置に関する認定を申請します。※在園証明が必要となります。   1.第2子に該当する者　2.第3子以降に該当する者 |
| * 医療型個別減免　療養介護、医療型児童発達支援の利用をするため、医療型個別減免を申請します。 |
| * 施設入所者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）（入所施設の食費等軽減措置等）   次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、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設） |
| 〈20歳以上の方〉1.　施設入所者であること（年令　　才）　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（年令　　才） |
| * グループホーム等入居者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）（家賃軽減措置）   市町村民税非課税世帯又は生活保護受給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。 |
| * 生活保護への移行予防措置   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。 |

●申請する減免等の種類

●申請者の収入の状況について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 種類 | 収入額 |
| 稼得等収入 | 障害年金等（障害（基礎・厚生・共済）年金、特別障害給付金等） | 円 |
| 手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当） | 円 |
| 工賃等 | 円 |
| その他の収入 | 円 |
| 仕送り　　不動産等家賃収入　その他の収入 | 円 |
| 種類 | 内容 | 金額 |
| 租税 |  | 円 |
| 社会保険料 |  | 円 |