

記入例

(介
支)

申請年月日、申請者氏名・生年月日・居住地・電話番号、手帳番号を記載してください。

なお、利用者が18歳未満の場合は、申請者欄は保護者となりますので、障害児氏名欄等にも記載してください。

北広島市長 上野正
次のとおり申請します。

申請年月日 平成〇〇年△△月××日

申請者	フリガナ	キタヒロ タロウ		生年月日	昭和39年10月23日	
	氏名	北 広 太 郎				
	居住地	〒061-1100 北広島市〇〇町1丁目2番地3		電話番号	372-〇△□〇	
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る 障害児氏名			続柄		
	身体障害者 手帳番号	北海道石第 12345 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(※)	-----	
	障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)					有

※「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、療養介護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	障害程度 区分の認定	有	区分	1 2 3 4 5 6	有効 期間	平成〇年△月×日~ 平成〇年▽月××日
	介護保険 サービス	要介護認定	無	要介護度	要支援()・要介護 1 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護 身体介護 10時間/月 就労継続支援B型 当該月における日数から8日を控除した日数					
		利用中のサービスの種類と内容等					

お手持ちの受給者証をご確認のうえ、現在のサービス利用状況、障害程度区分の認定、有効期間、利用中のサービスの種類と内容、介護保険サービスの利用状況など記載願います。

給付費

申請に係る具体的内容

現在利用中のサービスと同様を希望

サ ー ビ ス	短期入所	<input type="checkbox"/>	自立訓練()	<input type="checkbox"/>
	重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/>	自立訓練()	<input type="checkbox"/>
日中活動系	療養介護	<input type="checkbox"/>	宿泊型	<input type="checkbox"/>
	生活介護	<input type="checkbox"/>	就労移行支援	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	就労継続支援B型	<input type="checkbox"/>
居住系	共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/>	共同生活援助(グループホーム)	<input type="checkbox"/>
	施設入所支援	<input type="checkbox"/>		
地域相談支援	地域移行支援	<input type="checkbox"/>		
	地域定着支援	<input type="checkbox"/>		

申請するサービス欄に、希望するサービスを記載してください。現在と変更が無い場合は、申請にかかる具体的内容欄に「現在利用中のサービスと同様を希望」などと記載してください。

同意できる方は署名・押印願います。なお、同意の署名記載がない場合は、必要のたびに、利用者の方でご用意いただくこととなります。

サービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、北広島市長から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係者に提示することに同意します。また、主治医意見書を作成した医師の求めに応じ、市町村審査会における審査判定結果を医師に提示することに同意します。

申請者氏名 北 広 太 郎

主治医の氏名		医療機関名	
主	〒		

減免を申請する方は、種類ごとに、□にチェックし、必要事項を記入してください。

電話番号

(注) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合

申請する減免の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 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。いずれに生活保護受給世帯)	主治医について記載してください。 訓練等給付・旧法施設支援のみ利用の方は、記載しなくても結構です。						
	<input type="checkbox"/> 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。							
	<table border="1"> <tr> <td><20歳以上の方></td> <td><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td>1. 療養介護利用者であること (年齢 才)</td> <td>1. 療養介護利用者であること (年齢 才)</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村民税非課税世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>		<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1. 療養介護利用者であること (年齢 才)	1. 療養介護利用者であること (年齢 才)	2. 市町村民税非課税世帯の者	
	<20歳以上の方>		<20歳未満の方>					
1. 療養介護利用者であること (年齢 才)	1. 療養介護利用者であること (年齢 才)							
2. 市町村民税非課税世帯の者								
<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） 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。								
<table border="1"> <tr> <td><20歳以上の方></td> <td><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td>1. 施設入所者（注）であること (年齢 才)</td> <td>1. 施設入所者（注）であること (年齢 才)</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村民税非課税世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1. 施設入所者（注）であること (年齢 才)	1. 施設入所者（注）であること (年齢 才)	2. 市町村民税非課税世帯の者			
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>							
1. 施設入所者（注）であること (年齢 才)	1. 施設入所者（注）であること (年齢 才)							
2. 市町村民税非課税世帯の者								
<input type="checkbox"/> IV 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

申請書提出者について記載してください。

(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）

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名	北 広 幸 子	申請者との関係	妻
住所	〒061-1100 北広島市〇〇町1丁目2番地3		電話番号 372-〇△□〇

記入例

(様式第1号)

申請年月日、申請者氏名・生年月日・居住地・電話番号、支給申請に係る児童氏名・生年月日・続柄、手帳番号を記載してください。
なお、申請者欄は保護者となります。

北広島市長 上野 正

次のとおり申請します。

申請年月日 平成〇〇年△△月××日

申請者	フリガナ	キタヒロ タロウ	生年月日	昭和39年10月23日
	氏名	北 広 太 郎		
	居住地	〒061-1100 北広島市〇〇町1丁目2番地3 電話番号 372-〇△□〇		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	キタヒロ ハナコ	生年月日	平成15年3月18日
		北 広 花 子	続 柄	子
身体障害者手帳番号	北海道石第 12345 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(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名および保険者番号」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 児童発達支援 基本10日/月
-----------	---

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後児童健全育成事業 <input type="checkbox"/> 保護者支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後児童健全育成事業 <input type="checkbox"/> 保護者支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後児童健全育成事業 <input type="checkbox"/> 保護者支援
	<p>お手持ちの受給者証をご確認のうえ、現在のサービス利用状況、有効期間、利用中のサービスの種類と内容など記載願います。 また、申請するサービス欄に、希望するサービスを記載してください。現在と変更が無い場合は、申請に係る具体的内容欄に「現在利用中のサービスと同様を希望」などと記載してください。</p>	<p>現在利用中のサービスと同様を希望</p>

障害児支援センターは、通所支援の利用に関する意向を聴取のうえ、児童発達支援事業所、医療型児童発達支援事業所、障害児相談支援事業者、通所支援事業所若しくは障害児入所支援施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 北 広 太 郎

同意できる方は署名・押印願います。
なお、同意の署名記載がない場合は、必要のたびに、利用者の方でご用意いただくこととなります。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

主治医について記載してください。

申請する減免の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> IV 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書が必要となります。
	<p>減免を申請する方は、種類ごとに口内にチェックし、必要事項を記入してください。</p>	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。申請書提出者について記載してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	北 広 幸 子	申請者との関係	妻
住所	〒061-1100 北広島市〇〇町1丁目2番地3		電話番号 372-〇△□〇

記入例

世帯状況・収入等申告書

北広島市長 上野正三様

申告年月日 平成〇〇年△△月××日
申告者(保護者)住所 北広島市〇〇町1丁目2番地3
(保護者)氏名 北広太郎

利用者が18歳未満の障がい児、または20歳未満で施設に入所されている場合は、保護者の世帯の状況を、その他の場合は、利用者ご本人とその配偶者の状況を記載してください。

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

Table with 5 columns: Name, Date of Birth, Relationship, and Tax Status. Rows include Applicant (北広太郎), Head of Household (同上), and Household Member (北広幸子).

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付を申請する場合のみ記入してください。)

(1) 合計所得金額の状況

Table with 2 columns: Total Income Amount, 0円

(1)及び(2)は、施設入所者または療養介護利用者のみ記入してください。

(2) 収入等の状況

収入(A) (年収)

Table with 3 columns: Category, Type, Income Amount. Rows include Pension (障害年金等), Income (特別児童扶養手当等), and Other Income (仕送り収入).

必要経費(B)

Table with 3 columns: Category, Content, Amount. Rows include Rent (租税) and Social Insurance (国民健康保険料).

Table with 4 columns: Applicant, Name, Relationship, Address. Includes fields for Applicant (北広幸子), Relationship (妻), and Address (北広島市〇〇町1丁目2番地3).

(記入上の注意)

- 1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。