

記入例

申請年月日 令和 年 月 日

目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
 び利用意向聴取の内容、市審査会における審査判定結果・意見及び医師意
 見等に基づき、指定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又
 は指定障害者支援施設に示すことに同意します。

手帳をお持ちの方は、
手帳番号をご記入ください。

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 有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	非該当	有効期間	
	介護サ	現在利用中のサービスの種類と内容等										
		現在お持ちの受給者証に記載されているサービスについて、ご記入ください。					要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5					
申請するサービス	区分	サービスの種類								申請に係る具体的内容		
		介護給付費				訓練等給付費						
	訪問系・その他	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護									変更なし	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護										
		<input type="checkbox"/> 同行援護										
		<input type="checkbox"/> 行動援護										
		<input type="checkbox"/> 短期入所										
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援										
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)									
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)									
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立支援									
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援									
<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)												
<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)												
<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)												
居住系		<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											
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援											
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援											

②

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

申請年月日 令和 年 月 日

盛岡市長様

次のとおり申請します。

障がい者ご本人（18歳未満の場合は保護者）について、ご記入し押印ください。		面又は通所支援計画を作成するために、申請書の全部又は一部を、盛岡市から指定障がい児施設等に提示することに同意します。		個人番号カード、個人番号通知カードの「個人番号」をご記入ください。	
申請者	氏名	モリオカ タロウ 盛岡 太郎		生年月日	昭和 平成 50年 1月 1日
	居住地	〒 020-8530 盛岡市内丸 12-2		電話番号	019- 651 - 4111
フリガナ		モリオカ イチロウ		対象児童について、 ご記入ください。	
支給申請に係る児童氏名		盛岡 一郎		生年月日	平成 15年 4月 2日
身体障害者手帳番号		岩手県 123456	療育手帳番号	続柄	子
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。

サービス利用の状況	障害福祉サービス	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援		変更なし
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		
			現在と同じサービスを継続希望の方は、変更なしとご記入ください。支給量等の変更を希望する場合は、ご相談ください。

③ 世 帯 状 況 ・ 収 入 ・ 資 産 等 申 告 書

記入例

盛岡市障がい福祉課
様式27

盛岡市長様

申告年月日 令和 年 月 日

<障がい者本人または18歳未満の児童の場合は保護者>

申告者 住所 盛岡市内丸12-2

氏名 盛岡 太郎

印

障がい者ご本人(18歳未満の場合は保護者)について、ご記入し、押印ください。

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

障がい者については本人及び配偶者について記入すること。障がい児については世帯全員について記入すること。

	氏 名	生年 月 日	年 齢	本人との 続 柄	市町村民税の状況		押印欄
					課税・非課税の別		
障がい者本人	盛岡 太郎 個人番号：1234 5678 9012	S50.1.1	38	本人	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	印
世帯主	同上 個人番号：				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	印
世帯員	サービス利用者が、 ・ 18 歳以上の場合は、申請者及び配偶者のみご記入し押印ください。 ・ 18 歳未満（施設入所者は20歳未満）の場合は、世帯全員の状況をご記入し押印ください。（単身赴任により市外に住民票を置いている方についてもご記入願います。） ※本年 1 月 1 日現在において盛岡市に住所登録がない方は、「令和〇年度課税証明書等」又は「個人番号カード（マイナンバーカード）」、又は個人番号が記載された住民票等が必要となります。						
※介護 認のた							

2 障がい者本人(児童の場合は保護者)の収入の状況について

[以下の (2) , (3) 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]

(1) 生活保護の受給 (有 ・ 無)

(2) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(3) 収入等の状況

収入 (A) (年収)

区分	種 類	収 入 額
稼 得 等 収 入	障害年金等 (障害基礎年金, 障害厚生年金, 障害共済年金, 特別障害給付金, 遺族基礎年金, 遺族厚生年金, 障がいを事由に支給される労災による年金等, 遺族共済年金, 老齢基礎年金, 老齢厚生年金等) [1 級 ・ 2 級 ・ 3 級]	円
	特別児童扶養手当等 (特別障害者手当, 障害児福祉手当, 経過福祉手当, 特別児童扶養手当 [1 級 ・ 2 級])	円
	工賃・就労等収入	円
	その他公的年金相当収入 (収入の種類:)	円
そ 収 の 入 他 の	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入 (収入の種類:)	円

④ 盛岡市地域生活支援給付費支給申込書 兼 月額上限負担額減額申込書

盛岡市長

様

令和 年 月 日

地域生活支援給付費の支給を受けたいので、次のとおり申し込みます。

ついては、当該サービスの利用に応じて私に支給されるべき当該地域生活支援事業給付費について、私に代わって当該サービス提供事業者が請求及び受領することに同意します。

障がい者ご本人（ご本人が18歳未満の場合は保護者）について、ご記入し押印ください。

モリオカ タロウ

生年月日 明治 大正 50年 1月 1日

盛岡 太郎

印

個人番号：1234 5678 9012

性

個人番号カード、個人番号通知カードの「個人番号」を記載してください。

者
児童の

居住地

〒 020-8530

電話番号 019 - 651-4111

盛岡市内丸12-2

フリガナ

生年月日 平成 令和 年 月 日

申込に係る
児童氏名

個人番号：

対象者が児童である場合は、ご記入ください。

17年 4月 1日

身体・知的・精神 障害手帳

岩手県第426366

障
疾害
患
名
名

〇〇〇〇による〇〇〇機能障害

障害等級

第1種第2級

世帯の状況

氏

名

続柄

生年月日

職業

市町村民税の状況

課税・非課税の別

押印欄

盛岡 一郎

個人番号：123456789012

本人

S50.1.1

無

☐ 課税☐ 非課税

印

個人番号：

☐ 課税☐ 非課税

印

個人番号：

☐ 課税☐ 非課税

印

個人番号：

個人番号：

個人番号：

サービス利用者が、

・18歳以上の場合は、申請者及び配偶者のみご記入し押印ください。

・18歳未満の場合は、世帯全員の状況をご記入し押印ください。

（単身赴任により市外に住民票を置いている方についてもご記入願います。）

※令和〇1月1日現在において盛岡市に住所登録がない方は、

「令和〇年度課税証明書等」又は「個人番号カード（マイナンバーカード）」、又は個人番号が記載された住民票等が必要となります。

地域生活支援給付費に係る月額負担上限額算定のため、必要に応じて課税状況及び障害福祉

サービス費に係る「世帯状況・収入・資産等申告書」の閲覧を行うことには

サービス利用の現状

現在利用中の障害福祉サービス、介護保険サービス

生活状況

在宅・入院中（ ）・

希望するサービス
種別

1 移動支援

2 日中一時支援

3 地域活動支援センター

4 訪問入浴

希望するサービスの
内容及び
利用回数

変更無し

/ 月

希望する
業者

業者名

もりおか地域活動支援センター

住所

盛岡市内丸〇-△

申し込む理由

社会適応訓練、創作的活動などを通して、自立した社会生活に結びつけたい。

備考1 移動介護、日中一時支援、地域活動支援センターの利用申請にあたっては障害程度の勘案を必要とする。

2 月額負担上限額の認定、生活保護への移行予防措置を希望する場合は、裏面に記入すること。

⑤

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

盛岡市長 様

次のとおり申請します。

計画相談支援・障害児相談支援をご利用の方のみ提出する書類です。（セルフプラン・ケアプランの方は不要）

障がい者ご本人（18歳未満の場合は保護者）について、ご記入し押印ください。

申請年月日 令和 年 月 日

署名（家族、支援者等の代筆可）があれば押印を省略できます。

申請者	フリガナ	モリオカ ハナロウ	生年月日	明治 昭和	大正 平成	50年	1月	1日	
	氏名	盛岡 太郎 印		個人番号：					
	居住地	〒 020-8530 盛岡市内丸 12-2 電話番号 019 - 651-4111							
申請に係る児童氏名		フリガナ	生年月日	平成・令和	年	月	日		
個人番号：		対象者が児童である場合は、ご記入ください。							

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）		
フリガナ	モリオカ ハナロウ	申請者との関係	妻
氏名	盛岡 太郎 印		
住所	〒 020-8530 盛岡市内丸 12-2 電話番号 019 - 651-4111		

記載したのが申請者本人であれば「申請者本人」にチェックを、申請者以外の方であれば「申請者本人以外」にチェックをしてください。

「申請者本人以外」の場合は、「申請書提出者」欄に氏名等をご記入ください。

この場合も署名があれば押印を省略できます。

⑥

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

盛岡市長 様

次のとおり届け出します。

計画相談支援・障害児相談支援をご利用の方のみ提出する書類です。（セルフプラン・ケアプランの方は不要）

届出年月日 令和 年 月 日

障がい者ご本人（18歳未満の場合は保護者）について、ご記入し押印ください。

署名（家族、支援者等の代筆可）があれば押印を省略できます。

変更

申請者	フリガナ	モリオカ タロウ	生年月日	明治 大正 昭和 平成	50 年 1 月 1 日	
	氏 名	盛岡 太郎		印		
	居 住 地	〒 020-8530 盛岡市内丸 12-2 電話番号 019 - 651-4111				
	フリガナ		生年月日	平成・令和	年 月 日	
	申請に係る 児 童 氏 名			対象者が児童である場合は、ご記入ください。		

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名

フリガナ	ソウダンシエンジギョウショ モリオカ	依頼している相談支援事業所に記入をお願いしてください。 相談支援事業所の印は、省略可能です。
事業所名	相談支援事業所 もりおか	
住 所	〒 020-0023 盛岡市内丸〇-〇 電話番号 019 - ●●●-●●●●	

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

相談支援事業所が変更となる場合に記載してください。
変更なしの場合は、空欄のままで構いません。相談支援事業所が変更となる場合は、
変更年月日をご記入ください。

変更年月日 令和 年 月 日