

(表)

障害福祉サービス等に関する（新規・更新・変更）申請書

【18歳以上20歳未満の施設入所者・児童】

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・
盛岡市地域生活支援事業給付費・障害児通所給付費・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費
支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

盛岡市長 様

申請年月日 年 月 日

裏面の同意内容について同意したうえで、本申請書を提出します。

※前回申請時と変更がない場合、太枠内のみ記入してください。

		代筆者		申請者との関係		
申請者 (18歳未満の場合、保護者)	フリガナ				生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	氏 名					
	個人番号 (マイナンバー)				点字による通知 要 ・ 不要	
	居 住 地	〒 — (電話 (自宅・携帯))				
支援申請に係る 児童氏名 (18歳未満の児童)	フリガナ				生年月日	平・令 年 月 日 (歳)
	氏 名					
	個人番号 (マイナンバー)				申請者との 続柄	
身体障害者 手帳番号			療育手帳番号			
精神保健福祉 手帳番号			難病等	疾病名		

申請する サービスの 種類等	※該当する項目にチェック (☑) してください。					
	更新時のみ		☐ 現在利用しているサービスを継続したい（内容に変更無し）。 上記にチェックを入れた場合、下記は記載不要です。			
	介 護 給 付 費	訪問系 その他	☐ 居宅介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所 ☐ 重度障害者等包括支援			
		日 中 活動系	☐ 療養介護 ※医療保険の被保険者証（写し）を添付してください ☐ 生活介護			
		居住系	☐ 施設入所支援			
	訓練等 給 付 費	日 中 活動系	☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労移行支援(養成施設) ☐ 就労定着支援 ☐ 就労継続支援(A型) ☐ 就労継続支援(B型) ☐ 就労選択支援			
			地域生活支援事業 ☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴 ☐ 地域活動支援センターⅡ型			
			障 害 児 通 所 給 付 費 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 居宅訪問型児童発達支援			
	計 画 相 談 支 援 障 害 児 相 談 支 援		計画相談支援・障害児相談支援依頼先（事業所名）			
所在地 〒 — (電話)						

申請に係る 具体的 内容	※希望の支給内容（時間・回数・日数等）をご記入ください（例：短期入所 5日／月）。
--------------------	---

(裏面も記入ください)

主治医 ※障害支援区分新規申請時、 障害支援区分更新時及び区分変更 時のみ記入	医療機関名	主治医氏名
	所在地 〒 — (電話 —)	

① 月額負担上限額	ア 月額負担上限額に関する認定 【下記にあてはまる番号のいずれかに○を付けてください。】
	1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付世帯である。 2 市町村民税非課税世帯に属しており、私（申請者）の障害基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下である。 3 市町村民税非課税世帯に属しており、上記2に該当してしない。 4 市町村民税課税世帯に属しており、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円未満である。 5 市町村民税課税世帯に属しており、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円以上である。 ※ 1の生活保護受給世帯等の方は、イ以降を記載していただく必要はありません。

② 申請する減免の種類	☐ イ 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する申請（入所施設の食事軽減措置） ※ 対象施設は障害者支援施設です。 【20歳未満の施設入所者の方は、特定障害者特別給付費（補足給付）を申請できます。】 （ 18歳未満 ・ 18歳以上20歳未満 ）
	☐ ウ 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する申請（グループホーム入居者の家賃軽減措置） ※ 対象施設は、共同生活援助（グループホーム）です。 【下記にあてはまる方は、特定障害者特別給付費（補足給付）を申請できます。】 市町村民税非課税世帯に属する。
	☐ エ 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する申請 生活保護への移行予防措置（ 定率負担減免措置 ： 特例補足給付 ）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ください。

提出者欄（申請者本人が提出する場合には記入不要です。）

提出者	フリガナ		申請者との関係
	氏 名		
	住 所	〒 — (電話（自宅・携帯） —)	

※住所は、申請者と同一の場合、記入不要です。

同意内容

- サービス利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、必要事項を障害福祉サービス事業者等に提示することに同意します。 - 本申請にかかる介護給付費、訓練等給付費、特定障害者特別給付費並びに地域生活支援事業、障害児通所給付費の決定（不支給の場合を除く）に必要なあるときは、盛岡市が私（申請者）及び私と世帯を同一とする者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により調査することについて同意します。
--