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

受付日付印

知立市長　様
次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者 （18 歳未満の場合は保護者氏名・18 歳以上の場合は本人氏名）		障害児 （18 歳未満の場合は児童氏名・18 歳以上の場合は記入不要）	
マイナンバー		マイナンバー	
フリガナ		フリガナ	
氏　名		氏　名	（続柄：　　）
生年月日	年　　月　　日	生年月日	年　　月　　日
居住地	〒 電話番号（　　）　　－	居住地 ※申請者と居住地が異なる場合のみ記入	〒

1　手帳等の所持状況

種類	□身体障害者手帳　□療育手帳　□精神保健福祉手帳　□自立支援（精神通院）　□診断書・意見書　□難病

2　サービスの利用状況

障害福祉 児童通所		障害支援区分の認定 無　・　区分　1　2　3　4　5　6
介護保険		要支援／要介護認定 無　・　要支援　1　2　／　要介護　1　2　3　4　5

3　申請するサービス等の種類・計画を依頼する事業所名

介護給付	訓練等給付	地域生活支援事業	相談支援
□居宅介護 （身体・家事・通院・通院乗降）	□自立訓練（機能訓練）	□移動支援	□計画相談支援
	□自立訓練（生活訓練）	□日中一時支援	□地域移行支援
□重度訪問介護	□宿泊型自立訓練	□地域活動支援センター	□地域定着支援
□同行援護	□就労選択支援	児童通所支援	計画相談支援事業所名
□行動援護	□就労移行支援	□児童発達支援	
□短期入所	□就労移行支援（養成施設）	□医療型児童発達支援	
□重度障害者等包括支援	□就労継続支援Ａ型	□放課後等デイサービス	
□療養介護	□就労継続支援Ｂ型	□保育所等訪問支援	
□生活介護	□就労定着支援	□居宅訪問型児童発達支援	
□施設入所支援	□共同生活援助		
	□自立生活援助		
申請（変更）の内容	（変更年月日　令和　　年　　月　　日）		

申請にあたり、申請者及び申請者の属する世帯の世帯情報及び所得情報等について知立市が必要と認める場合には、各関係機関に調査及び照会・閲覧することについて同意します。
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、サービス利用意向聴取の内容、障害支援区分認定に係る調査内容、障害支援区分認定審査会における判定結果・意見及び医師意見書、通所支援の利用に関する意向調査の内容及び医師意見書、受給者証の写し等の全部又は一部を知立市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、指定一般相談支援事業者又は指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設等の関係人及び医師意見書を記載した医師，認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。
尚、支給決定につきましては、障害支援区分や利用意向聴取の結果、勘案事項、審査会の意見、サービス等利用計画案等を踏まえて行います。

（裏面あり）

申請者氏名 （自署又は記名押印）	㊞

4　主治医（※利用者が18歳以上で、介護給付費、共同生活援助又は地域移行支援を申請する場合のみ記入）

主治医氏名		医療機関名	
所在地	〒 電話番号（　　）　　－		

5　世帯の状況（※申請者と居住地もしくは住所が異なる場合のみ記入）

続柄	氏名	生年月日	住所	個人番号
配偶者				

※下欄につきましては、利用者が18歳未満の場合のみ記入（利用者が18歳以上は記入不要）。

続柄	氏名	生年月日	住所（申請者と住所が異なる場合のみ記入）	個人番号

幼稚園等に通園する児童氏名		幼稚園等名	

6　申請者の収入及び必要経費の状況（※療養介護、施設入所支援、共同生活援助利用者のみ記入）

種類	内　訳	収入額（年額）
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、特別児童扶養手当、在宅重度障害者手当、心身障害者扶助料等)	円
	工賃等	円
	その他の収入(　　)	円
種類	内　容	金　額（年額）
租税		円
社会保険料		円

7　申請する減免等の種類（あてはまるものに☑を入れてください）

□　負担上限月額　下記の区分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
　　1　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80万9千円以下のもの
　　2　左記以外のもの
　□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 万未満)に属する者

□　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。
〈20 歳以上の方〉 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 歳未満の方〉 1　療養介護利用者であること(年齢　　才)

□　施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)
　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)
〈20 歳以上の方〉 1　施設入所者であること(年齢　　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(年齢　　才)

□　グループホーム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。

□　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。
　1　第2子に該当する者
　2　第3子以降に該当する者

□　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。

8　申請書提出者（□申請者本人　　□申請者本人以外）※申請者本人以外の場合は下欄に記入してください

氏　名		申請者との関係	
住　所	□申請者住所と同じ 〒 電話番号（　　）　　－		

記入例

特定障害者特別給付費　障害児通所給付費
支援給付費　障害児相談支援給付費
更）申請書兼　計画相談支援依頼（変更）届出書
変更）申請書

受付日付印

知立市長　様
次のとおり申請します。

提出日を記入

申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者（18 歳未満の場合は保護者氏名・18 歳以上の場合は本人氏名）		障害児（18 歳未満の場合は児童氏名・18 歳以上の場合は記入不要）	
マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1	マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1
フリガナ	チリュウ　タロウ	フリガナ	チリュウ　イチロウ
氏　名	知立　　太郎	氏　名	知立　　一郎 （続柄：　　）
生年月日	昭和50 年 10 月 10 日	生年月日	平成20 年 11 月 11 日
居住地	〒472－1111 知立市知立町1丁目1番地 電話番号（ 090 ）1111 － 1111	居住地 ※申請者と居住地が異なる場合のみ記入	〒

1　手帳等の所持状況

種類	☑身体障害者手帳　☐療育手帳　　新書・意見書　☐難病

分からない場合は空欄で結構です

2　サービスの利用状況

障害福祉 児童通所	短期入所 放課後等デイサービス	障害支援区分の認定 （無）　区分　1　2　3　4　5　6
介護保険		要支援／要介護認定 （無）　要支援　1　2　／　要介護　1　2　3　4　5

3　申請するサービス等の種類・計画を依頼する事業所名

更新（利用）を希望するサービスに☑を付けてください

		地域生活支援事業	相談支援
☐居宅介 （身体		☐移動支援	☑計画相談支援
		☑日中一時支援	☐地域移行支援
☐重度訪		☐地域活動支援センター	☐地域定着支援
☐同行援護	☐就労選択支援	児童通所支援	計画相談支援事業所名
☐行動援護	☐就労移行支援	☐児童発達支援	知立市障害者相談支援センター（社協） 相談支援センターけやき
☑短期入所	☐就労移行支援（養成施設）	☐医療型児童発達支援	
☐重度障害者等包括支援	☐就労継続支援Ａ型	☑放課後等デイサービス	
☐療養介護	☐就労継続支援Ｂ型	☐保育所等訪問支援	
☐生活介護	☐就労定着支援	☐居宅訪問型児童発達支援	
☐施設入所支援	☐共同生活援助		
	☐自立生活援助		
申請（変更）の内容	今と同じサービス内容・支給量を希望 （変更		

計画相談支援を依頼している事業所名を記入してください

希望するサービス量を記入してください

申請者の自署又は記名押印必須

る世帯の世帯情報及び所得情報等について知立市が必要と認める
閲覧
サー　又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、サービス利用意向聴取の内容、障害支援区分認定
に係　における判定　用に関する意向調査の内容及び医師意見書、受給
者証の写し等の全部又は一部を知立市から指定特定相談　者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業
者又は指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若し　意見書を記載した医師，認定調査に従事した調査
員に提示することに同意します。
　尚、支給決定につきましては、障害支援区分や利用意向聴取の結果、勘案事項　意見、サービス等利用計画案等を踏まえて行います。

（裏面あり）

申請者氏名 （自署又は記名押印）	知立　太郎 知立 ㊞

4　主治医（※利用者が18歳以上で、介護給付費、共同生活援助又は地域移行支援を申請する場合のみ記入）

主治医氏名	知立　五郎	医療機関名	知立病院
所在地	〒472－2222 知立市かきつばた町1丁目1番地	電話	

主治医欄は※に該当する場合のみ記入すれば結構です

5　世帯の状況（※申請者と居住地もしくは住所が異なる場合のみ記入）

続柄	氏名	生年月日	住所	個人番号
配偶者	知立　花子			

配偶者欄は※に該当する場合のみ記入すれば結構です

※下欄につきましては、利用者が18歳未満の場合のみ記入（利用者が18歳以上は記入不要）。

続柄	氏名	生年月日	住所（申請者と住所が異なる場合のみ記入）	個人番号
祖父	知立　一男	S30.7.7		
祖母	知立　和子	S22.2.2		
子	知立　次郎	H28.5.5		

幼稚園等に通園する児童氏名	知立　次郎	幼稚園等名	知立こども園

生計を同一としている世帯員全員を記入してください

6　申請者の収入及び必要経費の状況（※療養介護、施設入所支援、共同生活援助利用者のみ記入）

種類	内　訳	収入額（年額）
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、特別児童扶養手当	円
	工賃等	円
	その他の収入(	円
種類	内　容	
租税		円
社会保険料		円

※に該当する場合のみ記入すれば結構です。ただし、収入及び必要経費が分かる通帳の写し等添付書類を併せて提出する場合は、記入不要です。

7　申請する減免等の種類（あてはまるものに☑を入れてください）

☑ 負担上限月額　下記の区分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
  - 1　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
  - 2　左記以外のもの
- □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 2

□ 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、
〈20 歳以上の方〉 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 歳未満の方〉 1　療養介護利用者であること（年齢　　才）

□ 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認
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)
〈20 歳以上の方〉 1　施設入所者であること（年齢　　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（年齢　　才）

□ グループホーム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。

□ 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。
1　第2子に該当する者
2　第3子以降に該当する者

□ 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。

当てはまるものに☑を付けてください。分からない場合は、空欄で結構です

8　申請書提出者（□申請者本人　☑申請者本人以外）※申請者本人以外の場合は下欄に記入してください

氏　名	知立　花子	申請者との関係	妻
住　所	☑申請者住所と同じ 〒 電話		

※に該当する場合のみ下欄に記入すれば結構です