

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

記載例)

注意) 初めての申請時は、保護者欄に世帯主を記載し、世帯主を申請者とします。  
お申し出により、申請者を変更することも可能です。

○太枠内についてご記入ください。

記入年月日		20〇〇年 4月 2日			
申(世帯主)者	フリガナ	イチカワ タロウ	生年月日	19〇〇年 4月 2日	
	氏名	市川 太郎			
居住地	〒	272 - 0032	電話番号	090 - 0000 - 0000	
		市川市 大洲 4-18-3			
	フリガナ	イチカワ イチロウ	生年月日	20 〇〇年 4月 2日	
支給申請に係る児童氏名		市川 一郎	続柄 (申請者から見て)	例)子 子	
			受給者証番号	2 0 3 0 0 0 0 0 0 0	
身体障害手帳 No.	111111	療育手帳 No.		精神障害者保健福祉手帳 No.	111111
等級	1 種 1 級	程度		等級	1 級
				<input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 医ケア <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 視聴言加算	
障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を市川市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。					
申請者(世帯主)氏名		市川 太郎		必ず自著	

申請する支援	利用する支援の種類	支給量	具体的内容
	<input checked="" type="checkbox"/>	児童発達支援	日/月
<input type="checkbox"/>	児童発達支援(肢体不自由)	日/月	相談支援 ( )
<input type="checkbox"/>	放課後等デイサービス	太枠内のみ記入	
<input type="checkbox"/>	居宅訪問型児童発達支援	日/月	モニタリング <input type="checkbox"/> 当初 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 ( )
<input checked="" type="checkbox"/>	保育所等訪問支援	日/月	<input type="checkbox"/> 上限 ( )

利用中のサービスの種類と内容等

給付決定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 児発/児発(肢体)/放デイ/居宅/保訪問  
/月 /月 /月

給付決定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 児発/児発(肢体)/放デイ/居宅/保訪問  
/月 /月 /月

サポ加(I)  重度  上限  障害児入所給付  介護給付費等

申請に係る具体的内容

新規:  児発  医療  放デイ  放デイ切替  居宅  保育  
 新規児発  新規医療  新規放デイ  新規居宅  新規保育  
 継続:  児発  医療  放デイ  居宅  保育  
 相談:  追加  終了  変更

医療  I  II  III ( 点)  重心  難聴  人工内耳  視聴言支援  
 強行  I  II  III ( 点)

在学証明(  高校)  身障手帳  療育手帳  精神手帳  診断書  検査  通級  
 医師診察( )  意見書( ) 診断機関( )  
 前自治体  前受給者証  
 保険証 No. ( )  遅延

変更年月日 年 月 日

無償化  記入しない  多し軽減  複数児

発達  障害 受付(  記入しない )

主治医	主治医の氏名	主治医がいる場合のみ記入してください。	
	所在地	〒	電話番号

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。 (当てはまるものに○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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> II 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。 (当てはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。	該当の場合のみチェックを入れてください。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減額)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減額)に関する認定 ※ 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。	該当の場合のみチェックを入れてください。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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	市川 花子	申請者との関係	妻
住所	〒272-0032 大洲4-18-3 電話番号 080-0000-0000		

【個人番号記載欄】*保護者以外が提出する場合は、		初めての申請時、申請者である世帯主と、サービスを利用する児童の個人番号をご記載ください。
申請者(世帯主)	111111111111	
児童	111111111110	

**【重要】**  
 障害児通所給付費の支給を受けようとするときは、通所給付の受給資格の有無を審査するために必要な要件があります。給付資格の有無を確認し、又は審査するため、下記の項目について市長が確認することに同意するときは、□に「レ」を記入してください。  
 なお、同意しないときは、受給資格を満たすことを証する書類の提出が必要となります。

住民基本台帳法に基づく記録を確認することを同意します。  
 市町村民税の課税状況を確認することを同意します。  
 通所給付決定を行うに当たって、市長が必要と認めるときは、児童相談所等に通所給付決定に係る情報を確認することを同意します。

申請者(世帯主)氏名 市川 太郎 必ず自著

## 19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

○ 私(申請者)の所得税法上の扶養親族のうち、前年の12月31日(請求日が1月から6月までの間にある場合、前々年の12月31日)において年齢が19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

19歳未満の控除対象扶養親族			
			別居の場合の住所
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日
1	市川 一郎	子	2020 年 4 月 2 日
2	市川 次朗	子	2025 年 4 月 3 日
3			年 日
4			年 日
5			年 日
6			年 日
7			年 日

カービズを利用するお子さんを含めご記入ください。

### (注意事項)

- この申立書は、障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請をする方について、申請者(児童の場合には保護者)の方が前年(申請日が1月から6月までの場合は前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には死亡の日)において年齢が19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合にご記入いただくものです。
- 記入欄が足りない場合は、子の氏名等を複数枚の申立書に分けてご記入ください。

**この申立書により申し出る19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び住民税における内容と相違ありません。**

住所 <u>市川市大洲4-18-3</u>	申請者名(世帯主)の情報を ご記入ください。
氏名 <u>市川太郎</u>	

## 【利用計画作成の選択に伴う書類】

※申請書類提出の際に、この用紙も提出いただきますようお願いいたします。

利用計画作成方法は、つぎのとおり選択します。

(どちらかに○印をしてください)

① ( ) 相談支援事業所に作成を依頼します。

該当する方に○を付けて下さい。

② (○) 家族等で作成します。※セルフプラン

※居宅訪問型児童発達支援を利用希望の場合は、必ず相談支援事業所に作成を依頼してください。

【②セルフプランを選んだ理由

(いずれかに○印をしてください)

実際に相談支援事業所を探して連絡を入れている、もしくは、ウェイティングリストに入っている方は、「相談支援事業所の空き待ちや事業所自体が見つからない」に「○」を付けて下さい。

( ) 相談支援事業所の空き待ちや事業所自体が見つからない

( ) 相談支援事業所の必要性を感じていない

(○) セルフプランを希望する

申請者名(世帯主)の情報をご記入ください。

申請者氏名 市川太郎

※19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書も皆様必ず提出してください。

(お子様がお1人の場合、申請する児の氏名、生年月日をご記入ください)

お忘れのないよう、ご確認ください。

※記入例【児童発達支援】

障害児支援利用計画(セルフプラン)

市川市

ふりがな	いちかわ いちろう	生年月日	令和 〇年 〇月 〇日	住所	市川市 八幡 1-1-1
児童氏名	市川 一郎	性別	男	電話番号	( 090 - 0000 - 0000 )
保護者氏名	市川 太郎	在 宅	〇〇〇〇	計画作成日	令和 〇年 〇月 〇日
障害支援区分	なし あり (区分 1・2・3 4・5・6)	小・中・高	年	支援学校 小・中・高	計画作成者
受給者証番号	2 0 3 0 0 〇 〇 〇 〇 〇	支援学校 小・中・高	年	支援学級	氏名 市川 花子 続柄 母
学校や家庭で困っていることは何ですか	・トイレがまだ一人でできない。 ・言葉は出てきたが、会話にならない。 ・嫌なことがあるとかんしゃくを起こす。				
どんな風に生活できたらいいと思いますか(希望する生活)	・身の回りのことが一人でできるようになるといい。コミュニケーションができるようになるといい。				
希望する生活のためにいつまでに何をしますか					
希望する生活を送るために何をしますか(提供される福祉サービスの利用により解決される内容)				いつまでに ( 目標時期に <input checked="" type="checkbox"/> )	
児童発達支援事業を使って本人が出来ることを増やしてあげれば、家での生活もしやすくなると思う。 <input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )					
利用する福祉サービス等					
種類 ( サービス名に <input checked="" type="checkbox"/> )	内容 ・ 量 ( 頻度 ・ 時間 )		サービス提供事業者名 ( 担当者名 ・ 電話番号 )		
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 同行支援 <input type="checkbox"/> 行動支援 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 )		児童発達支援事業所〇〇〇 週3日 16:00~17:00 ・ 保育所等訪問支援 月2回 児童発達支援事業所〇〇〇 (047-〇〇〇〇-〇〇〇〇) 担当: 〇〇さん		
その他留意事項(配慮してほしいこと)					

※書類提出後の返却・コピーはできませんので、必要に応じてコピーを取り保管してください。

## 週間ケア計画(記入例) ※児童発達支援

(受付No. 氏名 市川 一郎 )

令和〇年〇〇月〇〇日作成

	早朝	午前	午後	夜間	摘要
月		保育園 ↔	児童発達支援		〇〇事業所 (16:00~17:00)
火		保育園 ↔	児童発達支援		〇〇事業所 (16:00~17:00)
水		保育園 ↔	スイミング ↔		△△スイミング (15:00~16:00)
木		保育園 ↔	児童発達支援		〇〇事業所 (16:00~17:00)
金		保育園 ↔			
土					
日					
摘要	保育所等訪問支援 月2回				

作成者: 市川花子(母)

# 記載例

記入日 令和〇年 〇月 〇日

フリガナ	イチカワ イチロウ	生年月日等	平成〇年 〇月 〇日 (年齢 〇 歳)
氏名	市川 一郎	記載者	市川 花子 (続柄 母)
障がいの種類及び程度	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1種 1級) <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 (A の 1) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> その他( )	(傷病名) <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 言語機能 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 重症心身障害児 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児(スコア表が必要) <input type="checkbox"/> 強度行動障害児(スコア表が必要)
世帯状況	※以下、該当者のみ記載 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 離別 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(理由: 離婚協議中) <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし		
生計を一とするパートナーや同居人がいる場合 (氏名) 市川一郎 個人番号:〇〇〇〇〇 (住所) 千葉県〇〇市〇〇区 ※マイナンバーが分からない場合は必ず記載			

障がい児の調査項目(5領域20項目)

領域	項目	判断基準				
①健康・生活	(1) 食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば食べられる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(2) 排せつ	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに移動して排せつできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあればトイレに移動して排せつできる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(3) 入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入浴できる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば入浴できる	<input type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
	(4) 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で衣類の着脱ができる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば衣類の着脱ができる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部支援が必要	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	
②感覚・運動	(5) 聞こえ	<input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なく聞こえる	<input type="checkbox"/> 補聴器などの補助器具があれば聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい音がある/過敏等で補助装具が必要	<input type="checkbox"/> 音や声を聞き取ることが難しい	
	(6) 口腔機能	<input type="checkbox"/> 噛んで飲み込める	<input type="checkbox"/> 柔らかい食べ物を押しつぶして食べられる	<input checked="" type="checkbox"/> 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込める	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶などを使用している/口から食べるのが難しい	
	(7) 姿勢の保持(座る)	<input type="checkbox"/> 一人で座り、手を使って遊べる	<input type="checkbox"/> 手で支えて座れる	<input checked="" type="checkbox"/> 身体の一部を支えると座れる	<input type="checkbox"/> 座るために全身を支える必要がある	
	(8) 目と足の協応	<input type="checkbox"/> ケンケンが3回以上できる	<input type="checkbox"/> 交互に足を出して階段を昇り・降りできる	<input type="checkbox"/> 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる	<input type="checkbox"/> 階段は同じ足を先に出して昇る	<input checked="" type="checkbox"/> どの動きも難しい
	(9) 移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける	<input type="checkbox"/> 一人で歩けるが近くでの見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一人で歩けるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で歩くことが難しい	

③認知・行動	(10) 危険回避行動	<input type="checkbox"/> 自発的に危険を回避できる	<input type="checkbox"/> 声かけ等があれば危機を回避できる	<input checked="" type="checkbox"/> 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である	
	(11) 注意力	<input type="checkbox"/> 集中して取り組める	<input checked="" type="checkbox"/> 部分的に集中して取り組める	<input type="checkbox"/> 集中して取り組むことが難しい	
	(12) 予測理解	<input type="checkbox"/> 見通しを立てて行動できる	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば見通しを立てて行動できる	<input checked="" type="checkbox"/> 視覚的な情報があれば行動できる	<input type="checkbox"/> その他の工夫が必要
	(13) 急な変化対応	<input checked="" type="checkbox"/> 急な予定変更でも問題ない	<input type="checkbox"/> 声かけがあれば対応できる	<input type="checkbox"/> 視覚的な手掛かりがあれば対応できる	<input type="checkbox"/> その他の工夫やサポートが必要
	(14) その他	<input checked="" type="checkbox"/> 乱暴な言動はほとんどみられない	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある	<input type="checkbox"/> 乱暴な言動がみられ、対処方法も特にない	
④言語・コミュニケーション	(15) 2項関係(人対人)	<input type="checkbox"/> 目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる	<input checked="" type="checkbox"/> 訴えている(要求する)時は目が合う	<input type="checkbox"/> あまり目が合わない/合っても持続しない	<input type="checkbox"/> ほとんど目が合わない
	(16) 表出(意思の表出)	<input type="checkbox"/> 言葉を使って伝えられる	<input type="checkbox"/> 身振りで伝えられる	<input checked="" type="checkbox"/> 泣いたり怒ったりして伝える	<input type="checkbox"/> 意思表示が難しい
	(17) 読み書き	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input checked="" type="checkbox"/> 常に支援が必要	
⑤人間関係・社会性	(18) 人との関わり(他者への関心興味)	<input type="checkbox"/> 自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する	<input checked="" type="checkbox"/> ごく限られた人であれば反応する	<input type="checkbox"/> 自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある	<input type="checkbox"/> 過剰に反応する、または全く反応しない
	(19) 遊びや活動(トラブル頻度)	<input type="checkbox"/> ほとんどないか、あっても自分たちで解決できる	<input type="checkbox"/> トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる	<input checked="" type="checkbox"/> 支援があっても、解決できる場面とできない場面がある	<input type="checkbox"/> トラブルが頻繁に起き、解決することも難しい
	(20) 集団への参加(集団参加状況)	<input type="checkbox"/> 指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる	<input checked="" type="checkbox"/> 興味がある内容であれば、部分的に参加できる	<input type="checkbox"/> 支援があれば、その場にはいられる	<input type="checkbox"/> 参加することが難しい

中学生・高校生のみ対象

コミュニケーション	(21) 言葉遣い	<input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現できる	<input type="checkbox"/> 時折、適切な言葉遣いや態度で表現できる	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	<input type="checkbox"/> 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22) やり取り	<input type="checkbox"/> やり取りができる	<input checked="" type="checkbox"/> 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	<input type="checkbox"/> やり取りが難しい	
	(23) 集団適応力	<input type="checkbox"/> 参加できる	<input checked="" type="checkbox"/> たまに参加できる	<input type="checkbox"/> ほとんど参加することがない	<input type="checkbox"/> 参加することが難しい

普段、お子様に付き添われている保護者の方の状況

心身の状況	来年度、就学を控えているため、不安がある
生活状況(就労・育児・介護の状況)	父母ともにフルタイム勤務 他にもきょうだいが2人いる 母方祖母が要介護3で近居にて母が介護サポート中

特記事項	(上記項目やそれ以外のことについて、お子様の状態で気になることがあれば記載) 特になし
------	--