

# サービス支給申請書 (□新規 □継続 □変更)

(介護給付費 訓練等給付費 地域相談支援給付費 障害児通所給付費 地域生活支援給付費)  
 (計画相談支援給付費 障害児相談支援給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費 肢体不自由児通所医療費)  
 支給(変更)申請書 兼 利用者負担額減額等申請書

呉市長 様

申請年月日: 令和 年 月 日

次のとおり申請し、世帯状況等を申告します。

決定に係る呉市市県民税課税台帳等による市民税額等、呉市住民基本台帳による世帯構成員、生活保護の受給状況、世帯員の幼稚園、認定こども園又は保育所の在籍状況、指定通所支援事業所又は指定障害福祉サービス事業所等からの通所支援計画又は個別支援計画について、市が必要と認める場合に調査・確認することについて同意します。

また、障害児支援利用計画又はサービス等利用計画、通所支援計画、個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る調査内容、意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部などを、呉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、指定障害児相談支援事業者、指定通所支援事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者に提示することに同意します。

また、障害支援区分の認定に当たり、主治医に対して呉市から意見を求めること及び障害支援区分等の結果について主治医に通知することに同意します。

|  |              |  |               |
|--|--------------|--|---------------|
| 申請者 <b>3</b>                                     |              | 対象者氏名 <b>4</b>                           |               |
| <small>(18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人又は成年後見人)</small> |              | <small>(18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は本人)</small> |               |
| ふりがな   |              | ふりがな                                     |               |
| 氏名   | 個人番号         | 氏名                                       | 個人番号          |
| 生年月日   | 大 昭 平 年 月 日  | 生年月日                                     | 大 昭 平 令 年 月 日 |
| 居住地  | 〒 電話番号       | 居住地                                      | 〒 電話番号        |
| □届出(申請)者本人                                       |              | □届出(申請)者本人以外(下の欄に記入) <b>5</b>            |               |
| 申請書提出者(代行者)                                      | ふりがな         | 届出(申請)者との関係                              |               |
|  | 家族等氏名(事業者名称) |  |               |
|  | 居住地(所在地)     |  | 電話番号          |

## ● 申請するサービス等の種類

|                                       |  |                                     |                                      |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 申請する理由                                | □ 引き続き現在の支給内容どおり利用希望 <b>6</b>            |                                     |                                      |
| 介護給付                                  |  | 訓練等給付                               |                                      |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護中心) | <input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助中心)   | <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) | <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)  |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助中心) | <input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等乗降介助中心) | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練    | <input type="checkbox"/> 就労移行支援      |
| <input type="checkbox"/> 重度訪問介護       | <input type="checkbox"/> 行動援護            | <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) | <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)  |
| <input type="checkbox"/> 同行援護         | <input type="checkbox"/> 生活介護            | <input type="checkbox"/> 共同生活援助     | <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業    |
| <input type="checkbox"/> 短期入所         | <input type="checkbox"/> 施設入所支援          | 指定通所支援                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> 療養介護         | <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援      | <input type="checkbox"/> 児童発達支援     | <input type="checkbox"/> 移動支援        |
| 相談支援                                  |  | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援  | <input type="checkbox"/> 日中一時支援(一時型) |
| <input type="checkbox"/> 計画相談支援       | <input type="checkbox"/> 地域移行支援          | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | <input type="checkbox"/> 日中一時支援(継続型) |
| <input type="checkbox"/> 障害児相談支援      | <input type="checkbox"/> 地域定着支援          | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援   | <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター  |
|                                       |  | <input type="checkbox"/> 訪問入浴       |                                      |

## ● 世帯の状況 **7**

| 世帯の状況   | 氏名   | 生年月日    | 本人との続柄 | ※職員記入欄  |              |
|---------|------|---------|--------|---|--------------|
|         |      |         |        | 市民税課税状況   | 生保世帯(該当・非該当) |
| サービス利用者 |      | 大 昭 平 令 | 本人     | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 | 所得割 円        |
| 世帯主     | □ 同上 | 大 昭 平 令 |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 | 所得割 円        |
| 世帯員     |      | 大 昭 平 令 |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 | 所得割 円        |
|         |      | 大 昭 平 令 |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 | 所得割 円        |
|         |      | 大 昭 平 令 |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 | 所得割 円        |
|         |      | 大 昭 平 令 |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 | 所得割 円        |

幼稚園等へ通園する兄弟 氏名( ) 幼稚園(保育所)名:( )

申請書受付者 市民税等確認

# サービス支給申請書の書き方(18歳以上用)

**① 「□新規□継続□変更」のいずれかにチェックしてください。  
 (期間の更新は、「□継続」になります。)**

**② 提出される日を記載してください。  
 郵送の場合は、投函される日を記載してください。**

**③ 申請者**  
 サービス利用者本人または成年後見人の氏名・個人番号(マイナンバー)・生年月日・居住地・電話番号を記載してください。

**④ 対象者氏名**  
 ③の申請者と同じ場合は氏名・居住地ともに「□同左」にチェックしてください。  
 ③が成年後見人の場合は、サービス利用者本人の氏名・個人番号・生年月日を記載してください。  
 居住地が同じ場合は「□同左」にチェックし、異なる場合は記載してください。

**⑤ 申請書提出者(代行者)**  
 ③の申請者が提出する場合は、「□届出(申請)者本人」にチェックしてください。  
 その他の方が提出される場合は、「□届出(申請)者本人以外」にチェックし、氏名・関係・居住地・電話番号を記載してください。(居住地が申請者と同じ場合は「同上」と記載してください。)  
 事業所職員等が代行される場合は、事業者名・所在地・電話番号及び担当者の氏名を記載してください。

**⑥ 申請するサービス等の種類**  
 (新規・変更の方)利用を希望するサービス全てにチェックし、「申請する理由」欄に、どのような支援を受けたいのか、具体的に記載してください。  
 (継続の方)現在決定を受けているサービスで変更がない方は、「申請する理由」欄「□引き続き現在の支給内容どおり利用希望」にチェックしてください。  
 継続に合わせて変更の希望がある方は、利用を希望するサービス全てにチェックし、「申請する理由」欄に、どのような支援を受けたいのか、具体的に記載してください。

**⑦ 世帯の状況**  
 一緒に住んでおられる方のうち、サービス利用者本人と配偶者を記載してください。  
 (同居していても、住民票が別世帯になっている場合は除きます。)