

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 障害児通所給付費 新規 変更
支給（給付）申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 更新 減免

立川市長 殿

※申請者は、18歳以上は本人、18歳未満は保護者

申請年月日 年 月 日

☆裏面も記入して下さい

☆個人番号（マイナンバー）は、初回申請時または個人番号が変更になった場合のみご記入ください

申請者※	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏名	個人番号：						
	居住地	〒 立川市		電話番号				
支給（給付）申請に係る児童氏名	フリガナ			続柄				
	氏名	個人番号：		生年月日	年 月 日			
身体障害者手帳番号	(種 級)		愛の手帳番号	(度)		精神障害者保健福祉手帳番号 (級) 難病該当 <input type="checkbox"/>		
サービス利用の状況	障害福祉	障害支援区分 (内容等)	有・無	区分等 該当 1 2 3 4 5 6	有効期間			
	介護保険	有・無	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5			
申請に関するサービス	サービスの種類					申請に係る詳細		
	訪問系・その他	介護給付費			訓練等給付費			
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	日中活動系	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）			共同生活援助を利用する方は、希望する事業所の種類について□にレを付けて、身体介助等の希望についても記載してください。 □ 介護サービス包括型 □ 日中サービス支援型 □ 外部サービス利用型 □ サテライト型 身体介助等の希望の有無 □希望あり □希望なし (希望ありの場合 時間/月)	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）				
		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練				
		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 就労移行支援				
		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）				
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型						
	活動系中	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型					
	居住系	<input type="checkbox"/> 生活介護	障害基礎年金 1 級 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
地域相談	<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	その他	<input type="checkbox"/> 就労定着支援					
児童福祉法関連	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			<input type="checkbox"/> 自立生活援助				
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援							
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス						
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援			<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援				
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援							
減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 <input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 <input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事等軽減措置） <input type="checkbox"/> IV 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（グループホームの家賃軽減措置） <input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置及び補足給付の特例措置）に関する認定 <input type="checkbox"/> VI 多子軽減措置に関する認定（□第2子・□第3子以降 ※在園証明等を添付してください。）							
	主治医	医療機関名			主治医氏名			
		所在地 〒			電話番号			

上記のとおり申請します。

なお、サービス等利用計画及び障害児支援利用計画又は個別支援計画を作成するため必要があるときは、障害程度区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部並びに障害福祉サービス受給者証を、立川市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。