

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 令和 年 月 日

申請者※	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日				
	氏名	個人番号：							
	居住地	〒 立川市		電話番号					
障害児氏名	フリガナ			続柄					
	氏名	個人番号：		生年月日	平成 令和 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	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		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)			
		活動系中	<input type="checkbox"/> 居宅介護	日中活動系	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）				
			<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						
	居住系	<input type="checkbox"/> 療養介護	その他	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型					
		<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"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）							
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 就労定着支援							
児童福祉法関連	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助							
	<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、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（ <input type="checkbox"/> 第2子・ <input type="checkbox"/> 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				

☆裏面も記入して下さい。

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に必要があるときは、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若しく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。

申請者氏名

世帯状況・収入等申告書

立川市長 殿

申告者(保護者)住所

申告者(保護者)氏名

次のとおり申告します。

申告年月日 令和 年 月 日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第20条第1項及び児童福祉法第21条の5の6第1項の申請に係る負担上限月額算定のために必要な事項について、公簿等により確認することを同意します。

1 世帯の状況等について

区分	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
本人		年 月 日	/	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
配偶者		年 月 日	/	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税

*利用者が18歳未満の場合のみご記入ください。(18歳以上はこの欄は記入不要)

世帯員	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
		年 月 日	父	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
		年 月 日	母	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税

2 市民税の課税状況

非課税 均等割のみ課税 均等割と所得割課税 上記の対象となる世帯員の市民税合算額 円

3 【施設入所支援・療養介護利用者のみ】収入状況

(1) 収入等の状況

内	訳	合計額(年額)
非課税証明書に記載されている合計所得金額		円
各年種金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金(級) <input type="checkbox"/> 障害厚生年金(級) <input type="checkbox"/> 障害共済年金(級) <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労災による年金等 <input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族共済年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金 <input type="checkbox"/> その他年金()	円
国手当	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	円
各種手当	<input type="checkbox"/> 児童育成手当(都) <input type="checkbox"/> 重度心身障害者手当(都) <input type="checkbox"/> 心身障害者福祉手当(都) <input type="checkbox"/> 心身障害者手当(市) <input type="checkbox"/> 難病手当(市)	円
その他収入	<input type="checkbox"/> 工賃等 <input type="checkbox"/> 不動産等による家賃収入 <input type="checkbox"/> 仕送りその他の収入()	円

(2) 必要経費

種類	内容	合計額(年額)
租税		円
社会保険料		円

4 【療養介護利用者のみ】加入している医療保険等 ※「保険証」及び「標準負担額減額認定証」のコピーも添付してください。

加入保険の名称		食事療養費(月額)	円
保険者番号		医療保険有効開始期日	
被保険者証番号(記号番号)		医療保険終了期日	

提出者		<input type="checkbox"/> 本人(又は障害児の保護者)(下の欄は記入不要) <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		続柄	住所
氏名			電話

(記入上の注意)

2. 1. 収入のうち証明書等がある者は、この申請書に必ず添付してください。
不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

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 申請書兼利用者負担額減額、免除等申請書 更新 減免

【更新用：記載例】

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 令和●●年●●月●●日

フリガナ	タチカワ タロウ		大正	昭和	
申請者※	氏名	立川 太郎		生年月日	平成 令和 ●●年●●月●●日
	居住地	〒190-8666 立川市 泉町 1156-9		電話番号	042-523-2111
フリガナ	[18歳未満の場合は児童氏名]		続柄	平成	
障害児氏名	子		生年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日	
身体障害者手帳番号	(種 級)	愛の手帳番号			

個人番号：●●●●●●●●●●●●●●●●

個人番号：●●●●●●●●●●●●●●●●

個人番号について
個人番号を記入した場合は、申請書提出の際、個人番号カードや通知カード等、また身分証明書等の提示が必要です。詳細は障害福祉課にお尋ねください。

利用(更新)を希望するサービスに☑を付けてください。

該当する項目に☑を付けてください。

主治医について記入してください。

サービス利用の状況	障害福祉	障害支援区分	有・無	区分等 継続
	介護保険	有・無	要介護度	要支援 1

サービスの種類		申請に係る詳細	
申請に関するサービス	訪問系・その他	<p>特別な希望があれば記入してください。</p> <p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型</p> <p>身体介助等の希望の有無 <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし (希望ありの場合 時間/月)</p>	
	介護給付費		訓練等給付費
	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)
	<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		移行支援
	<input type="checkbox"/> 短期		移行支援(養成施設)
	<input type="checkbox"/> 重度障害者		継続支援A型
	<input type="checkbox"/> 療養		継続支援B型
	<input type="checkbox"/> 生活介護		障害基礎年金1級 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
活動系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		
居住系	<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
地域相談	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		
児童福祉法	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
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、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(<input type="checkbox"/> 第2子・ <input type="checkbox"/> 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	〒	主治医について記入してください。
	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の作成に際しては、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記録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、事業者若しくは障害者支援施設の関係者に提示することに同意します。

申請者の自著で記入してください。(申請者のサイン) ↓

申請者氏名 立川 太郎

世帯状況・収入等申告書

立川市長 殿

申告者(保護者)住所 **立川市泉町1156-9**

申告者(保護者)氏名 **立川 太郎**

次のとおり申告します。

申告年月日 令和●●年●●月●●日

障害者の日常生活... 項の申請に係る負担 **所得確認の同意になります。☑を付けてください。** 条の5の6第1同意します。

1 世帯の状況等について

区分	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
本人	立川 太郎	S●●年●●月●●日	/	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
配偶者	立川 花子	S●●年●●月●●日	/	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税

***利用者が18歳未満の場合のみご記入ください。(18歳以上はこの欄は記入不要)**

世帯員	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
		年 月 日	父	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
		年 月 日	母	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税

(記入上の注意)

2. 1. 収入のうち証明書等がある者は、この申請書に必ず添付してください。
不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

2 市民税の課税状況

非課税 均等割のみ課税 均等割と所得割課税 上記の対象となる世帯員の市民税合算額 ●●●●●●●●円

3 【施設入所支援・療養介護利用者のみ】収入状況

(1) 収入等の状況

種別	内 容	合計額(年額)
非課税証明書に記載されている合計所得金額		円
各 年 種 金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金(級) <input type="checkbox"/> 障害厚生年金(級) <input type="checkbox"/> 障害共済年金(級) <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労災による年金等 <input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族共済年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金 <input type="checkbox"/> その他年金()	円
	国 手 当	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当
各 種 手 当	<input type="checkbox"/> 児童育成手当(都) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心身障害者福祉手当(都) <input type="checkbox"/> 心身障害者手当(市) <input type="checkbox"/> 難病手当(市)	円
そ の 他 収 入	<input type="checkbox"/> 工賃等	円
	<input type="checkbox"/> 不動産等による家賃収入 <input type="checkbox"/> 仕送りその他の収入()	円

記入不要です。

(2) 必要経費

種 類	内 容	合計額(年額)
租 税		円
社会保険料		円

4 【療養介護利用者のみ】加入している医療保険等 ※「保険証」及び「標準負担額減額認定証」のコピーも添付してください。

加入保険の名称	食事療養費(月額)	円
保険者番号		
被保険者証番号(記)		

↓ 記入をお願いします。 ↓

提出者	<input type="checkbox"/> 本人(又は障害児の保護者)(下の欄は記入不要) <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ	続柄	住所	
氏 名		電話	