

記入見本

様式第1号

(表)

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

(宛先) 箕面市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年 1月 8日

申請者	フリガナ	ミノオ ハナコ	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	氏名	箕面 花子	生年月日	平成2年 4月 15日											
	居住地	〒562-0036 箕面市船場西3丁目8番22号 電話番号 080-1111-2222													
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	ミノオ イチロウ	個人番号	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	児童氏名	箕面 一郎	生年月日	令和2年 1月 15日											
			続柄	子											
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号								疾病名			

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等 障害福祉サービス(水色の受給者証)を利用している場合 ご記入ください。 (例)短期入所 5日						
	申請する支援	<table><tr><th>支援の種類</th><th>申請に係る具体的内容</th></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援</td><td rowspan="4">〇〇事業所 5日 △△事業所 5日</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援</td></tr></table>	支援の種類	申請に係る具体的内容	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	〇〇事業所 5日 △△事業所 5日	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
支援の種類	申請に係る具体的内容							
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	〇〇事業所 5日 △△事業所 5日							
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス								
<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								

障害児支援利用計画を作成するためには必要があるときは、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、箕面市から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の関係人に提示することに同意します。

また、利用者負担上限額等を決定するためには必要があるときは、箕面市長が本人及びその世帯に係る住民基本台帳、市民税課税台帳その他の関係書類の閲覧並びに関係行政機関等からの関係資料の提供を受けることに同意します。

申請者氏名 箕面 花子

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する 減免の 種類	<input 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 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。
	<input type="checkbox"/> III 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 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 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。

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名			申請者との関係	
住所	〒	電話番号		

代理人のかたが申請される場合はこちらに
チェックを入れ、以下代理人の情報をご記入
ください。(別途委任状も必要です)

セルフプラン記入見本

じどうしえんりようけいかくあん

児童支援利用計画案（セルフプラン）

※ 表 面

さいみまんよう
18歳未満用さくせいび れいわ
作成日：令和 8 年 1 月 8 日

ふりがな	みのお いちろう	つうしよじゆきゆうしやしやう 通所受給者証（ピンク色）番号	へいせい れいわ 平成・令和	2 年	1 月	15 日（6 歳）	でんわばんごう 電話番号	080-1111-2222
じどうしめい 児童氏名	箕面 一郎	1111	じどう 児童（利用者）	せいねんがっぴ 生年月日				
ふりがな	みのお はなこ	しょうがくし 障害福祉サービス受給者証（青色）番号	しんたいしやう 身体障がい者手帳	しゃてちやう しゃてちやう 療育手帳	りやういくてちやう 療育手帳	りやういくてちやう 療育手帳	しつかんめい 疾患名	
けいかくさくせいしやしめい 計画作成者氏名	箕面 花子		てちやう う む 手帳の有無	せいしんしやう せいしんしやう 精神障がい者保健福祉手帳	てちやう てちやう 手帳なし	てちやう てちやう 手帳なし		

きぼう 希望する生活・目標など	日常生活で自分のできることを増やす。友達との関わりの中で社会性を身につける。等		
希望する生活に必要なこと	しょうがいじつしよしえん 【障害児通所支援】 <input checked="" type="checkbox"/> 療育を受けたい <input type="checkbox"/> 訓練を受けたい <input checked="" type="checkbox"/> 集団生活に馴染みたい <input type="checkbox"/> 社会と交流したい <input type="checkbox"/> 保育所等でアドバイスを受けたい <input type="checkbox"/> 現在利用している児童通所サービスを継続して利用したい <input type="checkbox"/> その他（ ）	きょたくかいごけい 【居宅介護系】 <input type="checkbox"/> 身のまわりのことをてつだってほしい（身体介護） <input type="checkbox"/> 病院等につきそってもらいたい（通院等介助） <input type="checkbox"/> 外出につきそってもらいたい（移動支援） <input type="checkbox"/> 視覚障害のため外出につきそい代読や代筆をしてほしい（同行援護） <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを継続して利用したい <input type="checkbox"/> その他（ ）	きょじゆうけい 【居住系、その他】 在利用している福祉サービスを継続 利用したい その他（ ）

ご利用中のサービスの
該当項目に☑またはを
ご記入ください。対象の児童が希望する
生活を、保護者様が代弁
してお書きください。りよう ふくし どう
利用する福祉サービス等

サービス種類	きぼう 希望する日数等	りよう 利用する事業者名	サービス種類	きぼう 希望する時間数	りよう 利用する事業者名
しょうがいじつしよしえん 障害児通所支援	にち つき 日/月	〇〇事業所 △△事業所	<input type="checkbox"/> 身体介護	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 家事援助	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 通院等介助	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	かい つき 回/月	
			<input type="checkbox"/> 行動援護	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 同行援護	じかん つき 時間/月	
<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	10 にち つき 日/月		<input type="checkbox"/> 移動支援	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 短期入所	にち つき 日/月	
			<input type="checkbox"/> 日中一時支援	にち つき 日/月	
			【その他のサポート・留意事項】		
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月				
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月				

