

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			
	フリガナ	ミノオ イチロウ		個人番号	1 1 1 1 2 2 2 3 3 3 3
支給申請に係る児童氏名	箕面 一郎		生年月日	令和2年 1月 15日	
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	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	支援の種類	
	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<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

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
作成日：令和8年1月8日

ふりがな じどうしみい 児童氏名	みのむ 箕面	いちろう 一郎	つうしょじゅきゅううしゃしょう 通所受給者証（ピンク色）番号 1111	じどう 児童（利用者）生年月日 平成・令和 2年 1月 15日（6歳）	※ へいせい れいわ ねん がつ にち さい	さくせいび でんわばんごう 電話番号 080-1111-2222
ふりがな けいかくせいしゃしまい 計画作成者氏名	みのむ 箕面	はなこ 花子	じゆきゅうじゅしおいほ 障害福祉サービス受給者証（青色）番号	てちょう 手帳の有無 うむ	しんたいじょう 口身体障がい者手帳 せいいんじょう 口精神障がい者保健福祉手帳 せいいんじょう	りょういくじょう 口療育手帳 しゃほげんふくくしてじょう 口手帳なし

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	<p>【障害児通所支援】</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 療育を受けたい <input type="checkbox"/> 口訓練を受けたい <input checked="" type="checkbox"/> 集団生活に馴染みたい <input type="checkbox"/> 口社会と交流したい <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"/> 口その他（ ）</p>	<p>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。</p>	<p>【居宅介護系】</p> <p>み 口身のまわりのことをつだってほしい（身体介護） びょういんとう 口病院等につきそってもらいたい（通院等介助） かいしゅつ 口外出につきそってもらいたい（移動支援） しかくしょばい 口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） げんざいりよう 口現在利用している福祉サービスを継続して利用したい た 口その他（ ）</p>	<p>【居住系、その他】</p> <p>ばんざいりよう ふくし けいぞく 在利用している福祉サービスを継続 りょう 利用したい た の他（ ）</p>

利用する福祉サービス等	希望する時間数	利用する事業者名	サービス種類	利用する事業者名	希望する日数等	サービス種類
障害児通所支援	障害福祉サービス	○○事業所 △△事業所	じんたいかいご 口身体介護	10 にち つき	10 にち つき	にち つき
			かじえんじょ 口家事援助			
			つういんとうかいじょ 口通院等介助			
			つういんとうじょううかいじょ 口通院等乗降介助			
			こうどうえんご 口行動援護			
			どうこうえんご 口同行援護			
			いどうしえん 口移動支援			
			たんきゅうしょ 口短期入所			
			にっちゅういちじえん 口日中一時支援			
			た りゅういじこう 【その他のサポート・留意事項】			
ほいくじょとうほもんしえん 口保育所等訪問支援	日/月					
きょくたくほうもんがたじどうはったつしえん 口居宅訪問型児童発達支援	日/月					

週間予定表記入見本

【週間計画表】

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
※ 裏面							・習い事をしている。 ・塾に行っている。 ・日曜日は親と一緒に出かけている。
			○○事業所	△△事業所			日頃どんな活動をしているのか、具体的に記入します。
							週単位以外のサービス
何曜日にどんなサービスを、どの事業所で利用するのかを記入します。							児童の場合、該当がなければ記入の必要はありません。

で囲んだ箇所をご記入ください。