

計画相談支援給付費支給（変更）申請書
(兼)計画相談支援依頼（変更）届出書

（宛先） 富山市長

記入例(18歳未満用)

次のとおり申請します。また、計画相談支援を（依頼・変更）した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所について、届出します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

個人番号（マイナンバー）
を記入してください。
更

申請者	フリガナ	トミヤマ ユキマサ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	富山 行政	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50年 1月 1日 <input type="checkbox"/> 令和
	居住地	〒 930-8510 富山市新桜町7番38号	電話番号	076-443-2279
	※市記入欄	特別地域加算□該当（特別豪雪地帯：市町村合併前の大山町、八尾町、山田村、細入村など）		
申請に 係る 児童	フリガナ	トミヤマ ツバキ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	富山 椿	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 20年 1月 1日 <input type="checkbox"/> 令和
			続柄	子

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名				
フリガナ				
事業所名	〇〇相談支援事業所 住所がわからない場合は、事業所名のみ記入してください。			
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇 富山市・・・・・・・・	電話番号		

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）				
変更年月日 年 月 日				

モニタリング期間（変更の場合に記載）				
(変更前)		(変更後)		

**障害児通所給付費支給申請書
利用者負担額減額・免除等申請書**

**記入例
(18歳未満用)**

（宛先）富山市長
次のとおり申請します。

個人番号(マイナンバー)を
記入してください。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	フリガナ	トミヤマ ユキマサ		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	氏名	富山 行政		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50年 1月 1日	
	居住地	〒930-8510 富山市新桜町7番38号		保護者の氏名を記入してください。 電話番号： 076-443-2279		
フリガナ		トミヤマ ツバキ		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
支給申請に係る児童氏名	富山 椿		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 20年 1月 1日		
			続柄	子		
身体障害者手帳番号	富山市〇〇〇〇号	療育手帳番号	富山県〇〇〇〇号	精神障害者保健福祉手帳番号※	〇〇〇〇〇〇号	

※精神障害者保健福祉手帳の場合は、写しを添付すること。

利用サービス状況	障害福祉関係サービス	利用中の障害者手帳番号	障害者手帳に記載の番号を記入してください。
----------	------------	-------------	-----------------------

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的な内容		【新規申請の場合】 新規にチェックを付け、利用開始希望日を記入してください。 ※支給決定に必要な書類が揃わない場合、利用開始希望日よりも後の決定日となる可能性がございます。 【サービス更新の場合】 更新にチェックを付けてください。
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 新規（月 日～） <input type="checkbox"/> 更新		
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 新規（4月 1日～） <input type="checkbox"/> 更新		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<input type="checkbox"/> 新規（月 日～） <input type="checkbox"/> 更新		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 新規（月 日～） <input type="checkbox"/> 更新		

申請者以外の生計同一者 (18歳以上) ※記載欄が不足する場合は欄外に記載ください。	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
	同一世帯の方全員(18歳未満は除く)の氏名、申請者からみた続柄を記載してください。 ※世帯が別でも、同居等で生計同一の方も記載してください。					

同意内容	<ul style="list-style-type: none"> 障害児支援利用計画又は通所支援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診断書・医師意見書の全部又は一部を、富山市から指定障害児相談支援事業者若しくは通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。 富山市が申請者の属する世帯(生計同一者含む)の収入等に応じて利用者負担の上限月額を認定するにあたり、児童福祉法第57条の4第1項の規定に基づき、申請者及び申請者と生計を同一とする者の世帯状況・収入等状況について調査を行うことに同意します。 					
	申請者氏名			保護者の氏名を記入してください。		

	主治医の氏名	○○ ○○	医療機関名	○○病院
主治医	所 在 地	〒999-9999 ○○市○○○○○	定期的に通院されている病院 があれば記入してください。	
			電話番号 999-999-999	

申 請 す る 減 免 の 種 類	<input checked="" 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。 (該当するものに○をつける。いずれにもあ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。 (該当するものに○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に関する認定 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※ 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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名	富山 花子	申請者との関係	妻
住 所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号 電話番号： 076-443-2279		

記入例(18歳未満用)

介護給付費・訓練等給付費・特
談支援給付費支給申請書兼利用
右頁印領依頼・先陳守申請書

(宛先)富山市長

次のとおり申請します。

申 請 者 月 日

フリガナ	トミヤマ ユキマサ	サービスを受ける方の保護者の氏名 を記入してください。
氏名	富山 行政	
個人番号	
	〒930-8510 新桜町7番38号	個人番号(マイナンバー)を記 入してください。

サービスを受ける児童の氏名を記
入してください。

支給申請に係る 児童	トミヤマ ツバキ	生年月日	平成20年 1月 1日
	氏名	富山 椿	続柄

身体障害者手帳番号	富山市〇〇〇〇号	療育手帳番号	富山市〇〇〇〇号	精神障害者保健福祉手帳番号	〇〇〇〇〇号
-----------	----------	--------	----------	---------------	--------

加入医療保険の記号及び番号(※)	保険者名及び番号	・無
------------------	----------	----

障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る)	サービスを受ける方が持つ いる手帳を見ながら記入してく ださい。複数の手帳がある場 合は、そのすべてについて記 入してください。
--	--

(注)加入医療保険の記号及び番号欄及び保険者名及び保険者番号欄は、療養介護を申請する者に限ります。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6 非	放課後デイサービス
	介護保険サービス	現在受けているサービスが あれば記入してください。	要介護度	要支援()	・要介護 1 2 3 4 5	内容等

区分	サービスの種類		申請に係る具体的な内容
	介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	希望するサービスにチェック してください。	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
	<input type="checkbox"/> 地域定着		

サービス利用計画又は個別支援計画
況調査の内容、サービス利用意向聴取
の全部又は一部を富山市が指定特定相談支援事業者、障害福祉
支援事業者の関係人に提示することに同意します。

サービスを受ける方の保護者の氏名を
記入してください。障害支援区分認定に係る認定調査・概
定結果・意見、診断書及び医師意見書

事業者、障害者支援施設又は指定一般相談

申請者氏名 富山 行政

- 共同生活援助について
 ①希望する事業所の種類
 ※いずれかを選択
 指定共同生活援助(介護
サービス包括型)事業所
 外部サービス利用型指定
共同生活援助事業所
 ②入浴、排せつ又は食事等の
介護の提供について
 希望する
 希望しない

主治医	主治医の氏名	○○ ○○○○	医療機関名	○○大学付属病院
	所在 地	〒999-9999 ○○市○○○○ ○○-○○		
			電話番号	999-999-9999

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 次の区分の適用を申請します。						
	定期的に通院されている病院がありましたら記入してください。 ない場合は空欄とすること。)						
	2 市町村民税非課税世帯に属する者 療養介護を利用する場合は、(1)又は(2)のいずれかに○を付けること。 (1) 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の者 (2) (1)以外の者						
	3 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)						
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 次のいずれにも該当するため、医療型個別減免を申請します。						
	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること(年齢　　歳)。 2 市町村民税非課税世帯の者				<20歳未満の方> 療養介護利用者であること(年齢　　歳)。		
<input type="checkbox"/> III 障害者支援施設又は独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の入所者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(各入所施設の食費等軽減措置) 次のいずれにも該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。							
<20歳以上の方> 1 障害者支援施設又は独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の入所者であること(年齢　　歳)。 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者				<20歳未満の方> 障害者支援施設又は独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の入所者であること(年齢　　歳)。			
<input type="checkbox"/> IV グループホームの入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。							
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置 ※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)							

(注) 事実関係が確認できる書類を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名	富山 行政	申請者との関係	父
住 所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号		
	電話番号 076-443-2207		

記入例(18歳未満用)

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費（支給額の算定）
利用者負担額減額・免除等（変更）申請に係る世帯状況・収入等申告書

(宛先)富山市長

申告年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申告者（保護者）住所 富山市新桜町7番38号
 （保護者）氏名 富山 行政

申告者氏名・申請者氏名はサービスを受ける方の保護者の氏名を記入してください。

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申請者	富山 行政	S50.1.1	本人	<input type="checkbox"/> 課税	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税
世帯主	富山 一郎	S18.1.1	父	<input checked="" type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
	富山 一子	S23.1.1	母	<input type="checkbox"/> 課税	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税
	富山 花子	S52.1.1	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯員	富山 椿	H20.1.1	子	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

医療型個別減免・補足給付を申請しない場合…①、
 “申請する場合…全て記入

(1)合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

サービスの利用開始月または更新後の開始月が
 (令和7年4月～6月の場合)

令和5年1月～令和5年12月の収入金額を記入
 してください。

(令和7年7月～令和8年3月の場合)

令和6年1月～令和6年12月の収入金額を記入
 してください。

(2)収入等の状況
 収入(A)(年収)

区分	種類	金額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金）、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）（②） 特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）（③）	974,125円
	工賃等収入	323,280円
	その他の収入（）	円
	仕送り収入	円
その他	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（）	円

必要経費(B)

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏面に続く)

申告書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ	トミヤマ ハナコ	申請者との関係	妻
氏名	富山 花子		
住所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号	電話番号 443-2207	

(記入上の注意)

申請書を提出される方の氏名を記入してください。

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に添付してください。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 3 不実の申告をした場合は、関係法令により処罰される場合があります。

世帯状況・収入・必要経費等申告状況調査の同意書

介護給付費・訓練等給付費・旧法施設支援の支給決定に必要があるときは、私（申請者）及び私と生計を同一とする者の世帯状況・収入・必要経費等状況について、富山市長が官公署等に調査を委託し、またはその他関係人に報告を求めることに同意します。

(本 人) 住所 富山市新桜町7番38号

氏名 富山 行政

(生計同一者) 氏名 富山 花子

氏名 富山 一郎

氏名 富山 一子

氏名



本人欄にサービスを受ける方の保護者の氏名を、生計同一者欄に同一世帯の方全員（18歳未満は除く）の氏名を記入し、押印してください。

印

様式第1号（第6条関係）

地域生活支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

記入例(18歳未満用)

サービスを受ける方の保護者の氏名を記入してください

次のとおり

。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	フリガナ	トミヤマ ユキマサ	生年月日	昭和50年1月1日	
	氏名	富山 行政			
	個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入してください。		
	居住地	〒 930-8510 富山市新桜町7番38号	電話番号 076-443-2207		
支給申請に係る児童	フリガナ	トミヤマ ツバキ	生年月日	1日	
	氏名	富山 椿			
	個人番号	続柄	子	
身体障害者手帳番号	富山市〇〇〇〇号	療育手帳番号	富山県〇〇〇〇号	精神障害者保健福祉手帳番号	〇〇〇〇〇〇〇号

サービスを受ける方が持っている手帳を見ながら記入してください。複数の手帳がある場合は、そのすべてについて記入してください。

無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から ～〇〇年〇〇月〇〇日まで
---	----	---	---	---	---	---	---	------	-------------------------------

の種類と内容等
短期入所現在支給決定を受けている障害
福祉サービスがあれば記入してください。

他のサービス利用の状況

介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()	・要介護	1	2	3	4	5
	利用中のサービスの種類と内容等									

申請するサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援事業	容
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター(Ⅱ型)事業	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業	
	<input type="checkbox"/> 生活サポート事業	

利用予定施設		
--------	--	--

世帯状況・収入等申告状況調査の同意書

地域生活支援事業の支給決
況・収入について、富山市長
します。

(あて先) 富山市長

本人欄に保護者名を、生計同一者欄に同一
世帯の方全員(18歳未満は除く)の氏名
を記入し、押印してください。

と生計を同一とする者の世帯状
況人に報告を求めるに同意(本人) 住所
氏名富山市新桜町7番38号
富山 行政(生計同一者) 住所
氏名富山市新桜町7番38号
富山 花子

富山