

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 歳以上用)

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。

区

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
	氏 名	富山 行政	生年月日	<div><input type="checkbox"/>昭和 <input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和</div> 〇〇年〇〇月〇〇日
	居 住 地	<div>〒 930-8510</div> <div>富山市新桜町 7 番 3 8 号</div> <div>電話番号 076-443-2279</div>		
	※市記入欄 特別地域加算口該当（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		個人番号	
	氏 名		生年月日	<div><input type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和</div> 年 月 日
			続柄	

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	〒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歳以上用)

(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	
	氏名	富山 行政	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年〇〇月〇〇日
	居住地	〒930-8510 富山市新桜町7番38号 電話番号: 076-443-2279			
フリガナ			個人番号		
支給申請に係る 児童氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			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。

利用の 状況	障害福祉 関係サ ービス	利用中の サービス	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	原則、ご本人の属する同一世帯の方全員(18歳未満は除く)の氏名と、申請者(ご本人)からみた続柄を記載してください。 ※単身赴任をしている方や、住民票上は別世帯であっても同居等をしており生計同一の方がいる場合は、その方についても記載してください。	続柄

同意 内容	・ 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	ご本人の氏名を記入してください。

(裏面あり)

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒999-9999 〇〇市〇〇〇〇		

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。

申請書を提出される方の氏名を記入してください。

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 花子	申請者との関係	母
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歳以上用)

介護給付費・訓練等給付費・**配入例(10例)**  
談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

(宛先)富山市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者	フリガナ	トミヤマ ユキマサ		1 日	
	氏 名	富山 行政			
	個人番号	.....			
	居住地	〒930-8510 富山市新桜町7番38号			
支給申請に係る児童		フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏 名			
		個人番号		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〒		
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) サービスを受ける方が持って 有 ・ 無					

(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

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	合は、そのすべてについて記入してください。
		利用中のサービスの種類と内容等									
	介護保険サービス	生活介護・短期入所									
現在受けているサービスがあれば記入してください。		無	要介護度	要支援( )	要介護	1	2	3	4	5	

区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	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	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 <input type="checkbox"/> 指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	<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 checked="" type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">             希望するサービスにチェックしてください。           </div>	<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	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型	
		<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

サービス利用計画又は個別支援計画を作成する方ご本人の氏名を記入してください。

申請者氏名

## 富山 行政

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇〇〇	医療機関名	〇〇大学付属病院
	所在地	〒999-9999 〇〇市〇〇〇〇 〇〇-〇〇		
				電話番号 999-999-9999

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 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・□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。	

(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 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 076-443-2207			

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費支給（変更）申請及び  
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

申請者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	H10.1.1	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
世帯主	富山 一郎	S45.1.1	父	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員	富山 あざみ	S50.1.1	母	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" 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
				<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、②、③のみ記入〕  
〃 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
--------	-----

(2)収入等の状況

収入(A)(年収)

1年間の受給金額をご記入下さい。

区分	種 類	収入額
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)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当)(③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入( )	円
その他収入	仕送り収入	円
	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	トヤマ    イチロウ	申 請 者 と の 関 係	父
氏 名	富 山    一 郎		
住 所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号 <div>電話番号    4▲▲-■■■■■</div>		

(記入上の注意)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付してください。
- 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

印

氏名

印

氏名

印

氏名

印

ご本人の氏名を記載ください。

サービスを受ける方の氏名を記入してください。

記入例(18歳以上用)

次のとおり申請します。

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	・・・・・・・・・・			
	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		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	個人番号				
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

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。

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	
利用中のサービスの種類と内容等	生活介護、短期入所								
要介護認定	有・無	要介護度	要支援( )	要介護	1	2	3	4	5

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。

介護保険サービス

利用中のサービスの種類と内容等

申請するサービス

- ☒ 日中一時支援事業
- ☐ 移動支援事業
- ☐ 地域活動支援センター(Ⅱ型)事業
- ☐ 訪問入浴サービス事業
- ☐ 生活サポート事業

希望するサービスにチェックしてください。

利用予定施設

世帯状況・収入等申告状況調査の同意書

サービスを受ける方の氏名を記入してください。

があるときは、等に調査を委託

サービスを受ける方の配偶者の氏名を記入し、押印してください。

する者の世帯状況に同意

(あて先) 富山市長

(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) 住所 富山市新桜町7番38号  
氏名 富山 花子

配偶者以外の生計同一者の署名・押印は不要です。