

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

黒い枠線内の記入  
をお願いします。

(宛先) 奈良市長

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	ナラ イチロウ 奈良 一郎		生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏名	個人番号: 〒630-8580 奈良市二条大路南1-1-1			○○年 ○月 ○日
	居住地				電話番号 0742-34-XXXX
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	ナラ アスカ 奈良 明日香		生年月日	○○年 ○月 ○日
	児童氏名	個人番号:		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
被保険者 氏名及び番号(※)				保険者名及び番号(※)	

※ 「被保険者氏名及び番号」欄は、「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

障害者手帳をお持ちの方のみ、該当  
する手帳番号をご記入ください

サービス 利用の 状況	障害福祉 関係サービス	種類と内容等

該当項目にチェックをお願いします。

申請する 支援	支援の種類	申請に係る具体的内容	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支	利用日数	日/月
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	利用日数	日/月	
<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	利用日数	日/月	
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	利用日数	日/月	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	利用日数	日/月	

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医師意見書の全部又は一部を、奈良市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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。

申請者氏名

奈良 一郎

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

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. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援給付を受けている世帯 2. 市区町村民税非課税世帯に属する者 3. 市区町村民税課税世帯(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 ※ 通園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護又は中国残留邦人等支援給付への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護又は中国残留邦人等支援給付への移行予防措置( <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。

申請者本人の場合は☑のみで氏名・住所の記載はいりません。

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	奈良 鹿子	申請者との関係	妻
住所	〒630-8580 奈良市二条大路南1-1-1 電話番号 0742-34-XXXX		

世帯状況・収入申告書

記入例 ②

(あて先) 奈良市長

申告年月日 ○○年○月○日

黒い枠線内の記入をお願いします。

申告者(保護者)住所 奈良市二条大路南1-1-1

申告者(保護者)氏名 奈良 一郎

※利用者が障害児の場合は、保護者の住所と氏名を記入

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	幼稚園・保育園通園の有無	市町村民税の状況
申告者	奈良 一郎	○年○月○日	父		<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主	〃	〃	〃		<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員	奈良 鹿子	○年○月○日	母		<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
	奈良 明日香	○年○月○日	本人		<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
	奈良 寺太郎	○年○月○日	弟	有	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る)を申請する場合のみ記入してください。)

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額 円

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

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)	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)	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
社会保険料		円

申請者本人の場合は☑のみで氏名・住所の記載はいりません。

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)		
フリガナ	ナラ シカコ	申請者との関係	妻
氏名	奈良 鹿子		
住所	〒630-8580 奈良市二条大路南1-1-1		
	電話番号 0742-34-XXXX		

- (記入上の注意)
1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
  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下さい。
  3. 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。

# 承諾書

(記入例) ③

奈良市が、下記の申請に関する支給決定及び認定等のために必要があると認めるときは、私及び世帯全員の住民税の課税状況並びに公的年金の受給状況、世帯状況等の資料の提供等について、必要に応じて関係当局に依頼すること、他の関係公簿を閲覧すること、並びに必要に応じて個人番号を利用することについては異存ありません。

- 障害福祉サービス（介護給付・訓練等給付）
- 地域生活支援事業（移動支援事業・日中一時支援事業・訪問入浴サービス事業）
- 障害児通所支援（児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス・居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援）
- 特別障害者手当、障害児福祉手当
- 補装具
- 日常生活用具
- 精神障害者医療費助成
- 自動車改造費の助成

以下の事業については、個人番号の利用は行いません。

- 軽度・中等度難聴児の補聴器購入の助成
- NHK放送受信料の減免
- 生計同一証明書

〇〇年〇月〇日

(宛先) 奈良市長

申請者(保護者)の住所と氏名を  
ご記入ください。

住 所 **奈良市二条大路南一丁目1-1**

氏 名 **奈良 一郎**

### 【記名いただく方について】

- ・ 対象者（ご本人）が18歳以上の方 → 対象者（ご本人）名
- ・ 対象者（ご本人）が18歳未満の方 → 対象者（ご本人）の保護者名
- ・ 精神障害者医療費助成の申請において対象者（ご本人）が社会保険の被扶養者の場合 → 社会保険の被保険者名

※裏面確認シートのご記入をお願いします。

☆①～⑤の事項は 『表面に記名いただいた方』 についてのご質問です。

① [生活保護を受給していますか]

いいえ

はい

※生活保護受給証明書の添付が必要です。

★質問はここまでです。

② [当年1月1日時点で奈良市に住民票はありますか]

はい

いいえ

承諾書を記入してください。

※前住所地の税証明または個人番号による  
税情報の確認が必要です。

★質問はここまでです。

③ [どなたかの税法上の扶養親族となっていますか]

はい

いいえ

あなたを扶養している方のことを教えてください。

○氏名 ( )

○住所 ( )

○生年月日 ( )

★質問5へ進んで下さい。

**当年度1月1日時点で奈良市に住民票のない方は、  
前住所地の課税(非課税)証明書の提出または個人番号(マイナンバー)による税情報の確認が必要です。**

④ [税の申告は済んでいますか]

はい

いいえ

※市民税課で申告が必要かご確認下さい。

⑤ [単身赴任や別居の配偶者はいますか]

はい

いいえ

その方の税証明または個人番号による  
税情報の確認が必要です。

氏名 ( )

続柄 ( )

☆⑥の事項は 『対象者(ご本人)』 についてのご質問です。

⑥ [どこかの施設で生活していますか]

はい

障害

グル

特別養護老人ホーム

老人保健施設

軽費老人ホーム

ケアハウス

その他 ( )

**記入不要**

障害児通所支援調査票

※支給の要否を決定するための参考資料となるため、1つ以上は該当する項目を確認させていただきます

記入例 ④

障害児の調査項目

受給者証 No. \_\_\_\_\_

対象者 **奈良 明日香**

(保護者) **奈良 一郎**

〇〇年 〇月 〇日

項目	区分	判断基準			備考
①食事	全介助	全面的に介助を要する	一部介助	おかずを刻んでもらうなど	
②排せつ	全介助	全面的に介助を要する	一部介助	便器に座らせてもらうなど	大便のふき取り等
③入浴	全介助	全面的に介助を要する	一部介助	身体を洗ってもらうなど	
④移動	全介助	全面的に介助を要する	一部介助	手を貸してもらうなど	
①～④		0 個		1 個	「全介助」と「一部介助」の合計 個
⑤行動障害 および 精神症状	項目	調査日前の1週間に週5回以上現れている場合又は調査日前の1か月間に5日以上現れている週が2週間以上ある場合	調査日前の1か月間に週1回以上現れている場合又は調査日前の1か月間に2日以上現れている週が2週間以上ある場合		備考
	1. 強いこだわり、ける行動。			必要	・月に1回以上 ・希にある
	2. 睡眠障害や食事・			必要	・月に1回以上 ・希にある
	3. 自分を叩いたりする行為			必要	・月に1回以上 ・希にある
	4. 気分が憂鬱で悲観的	ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要	週1回以上の支援や配慮が必要		・月に1回以上 ・希にある
	5. 再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる	ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要	週1回以上の支援や配慮が必要		・月に1回以上 ・希にある
	6. 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。又、自室に閉じこもって何もしないでいる。	ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要	週1回以上の支援や配慮が必要		・月に1回以上 ・希にある 自分のしたい話を一方的に相手に構わずする。その場にも周りの子と一緒に行動できない。
	7. 学習障害のため、読み書きが困難	ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮が必要	週1回以上の支援や配慮が必要		・月に1回以上 ・希にある
	⑤の項目の合計		0 個		1 個

●該当されると思う調査項目に○をつけ、備考欄にその行動が見られる際の状況を簡潔にご記入ください。

●障害児相談支援専門員が担当についている方は、その方に聞き取りをしていただいても構いません。

●調査票の回答について、当市において確認を必要とする際にはご連絡させていただくこともございます。

\* 通常の発達において必要とされる介助等は除く

調査実施者 \_\_\_\_\_

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

（宛先）奈良市長

次のとおり申請します。

黒い枠線内の記入をお願いします。

申請年月日 ○○年 ○月 ○日

申請者	フリガナ	ナラ イチロウ	生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏名	奈良 一郎		
申請者	個人番号	〒630-8580		
	居住地	奈良市二条大路南1-1-1		
		電話番号 0742-34-XXXX		
申請に係る児童氏名	フリガナ	ナラ アスカ	生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏名	奈良 明日香		
		個人番号	続柄	子

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）		
フリガナ	ナラ シカコ	申請者との関係	妻
氏名	奈良 鹿子		
住所	〒630-8580		
	奈良市二条大路南1-1-1		
		電話番号 0742-34-XXXX	

申請者本人の場合は☑のみで氏名・住所の記載はいりません。

第10号様式の11 (第8条の9関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

(宛先) 奈良市長

次のとおり届け出ます。

黒い枠線内の記入をお願いします。

届出年月日 ○○年 ○月 ○日

区分 新規・更新・変更

届出者	フリガナ	ナラ イチロウ	生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏名	奈良 一郎		
届出に係る児童氏名	フリガナ	ナラ アスカ	生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏名	奈良 明日香	続柄	子
居住地		〒630-8580 奈良市二条大路南1-1-1 電話番号 0742-34-XXXX		
個人番号:		〒630-8580		

計画相談支援・障害児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	マルサンカクソウダンシエンジギョウシヨ
事業所名	○△相談支援事業所
住所	〒630-0000 奈良市○○町○番地 電話番号 0742-34-0000

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

(放課後等デイサービスを利用されるお子さまの聞き取り票)

【別表】

対象者 奈良 明日香

〇〇年 〇月 〇日

※調査日前の1か月間について確認

項目	0点	1点	2点
コミュニケーション	<input type="radio"/> 日常生活に支障がない	<input checked="" type="radio"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="radio"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="radio"/> 独自の方法でコミュニケーションできる <input type="radio"/> コミュニケーションできない
説明の理解	<input type="radio"/> 理解できる	<input checked="" type="radio"/> 理解できない	<input type="radio"/> 理解できているか判断できない
大声	<input type="radio"/> 支援が不要		以上の支
多動			の支
不安			の支
自らを傷つける行為	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行動	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん	<input type="radio"/> 年1回以上	<input type="radio"/> 月に1回以上	<input type="radio"/> 週1以上
そううつ状態	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
反復的行動	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
対人面への不安緊張、 集団生活への不適応	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> 希に支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
読み書き	<input type="radio"/> 支援が不要	<input checked="" type="radio"/> 部分的な支援が必要	<input type="radio"/> 全面的な支援が必要
		5点	0点
		合計	5点

●該当されると思う調査項目に○をつけてください。  
●障害児相談支援専門員が担当についている方は、その方に聞き取りをしていただいても構いません。  
●聞き取り票の回答について、本市において確認を必要とする際にはご連絡させていただくこともございます。

調査実施者

放課後等デイサービス基本報酬の区分における指標基準

①5領域調査にて食事・排せつ・入浴・移動のうち3以上において全介助 または ②別表13点以上