

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) 奈良市長

次のとおり申請します。

申請年月日 ○○年 ○月 ○日

黒い枠線内の記入
をお願いします。

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			○○年 ○月 ○日
	居住地	〒630-8580 奈良市二条大路南1-1-1		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		生年月日	○○年 ○月 ○日
	氏名	奈良 明日香			続柄
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		
被保険者の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		

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

「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。

申請する支援にチェックをお願いします。

関係サービス	サービスの種類と内容等
支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	
<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
<input checked="" 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**

※以下は記入しないでください

奈良市 処理欄	個サポI	強度	支給期間	モ頻・セ	モニタリング月	相談事業所
	有・無	有・無	R 年 月 日～		R 年 月～	
	医ケア	上限月額	市町村記入欄		食事加算	夏季休暇
				有・無	多子軽減 第2子・第3子	7月・8月

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、経過的福祉手当、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	額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		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

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。

※1年以内に転入された方など事業の別（A、B、C）により別途税証明等が必要な場合があります。（裏面参照）

- ・ 障害福祉サービス（介護給付・訓練等給付） A
- ・ 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・保育所等訪問支援・居宅訪問型児童発達支援） A
- ・ 特別障害者手当、障害児福祉手当 B
- ・ 補装具 B
- ・ 精神通院精神障害者医療費助成 C

以下の事業については、個人番号の利用は行いません。

- ・ 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） A
- ・ 軽度・中等度難聴児の補聴器購入の助成 A
- ・ 日常生活用具 B
- ・ 自動車改造費の助成 B
- ・ NHK放送受信料の減免 B
- ・ 生計同一証明書 B

令和〇〇年〇月〇日

（宛先）奈良市長

黒枠線内をご記入ください

住 所 **奈良市二条大路南一丁目1番1号**

氏 名 **奈良 一郎**

（自署または記名押印）

（代筆者 氏名 **奈良 鹿子**

続柄 **妻**

【記入いただく方（氏名等）について】

- | | | |
|--|---|--------------|
| ・ 対象者（ご本人）が18歳以上の方 | → | 対象者（ご本人） |
| ・ 対象者（ご本人）が18歳未満の方 | → | 対象者（ご本人）の保護者 |
| ・ 精神通院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 |

※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 (※開始月(A)又は申請月(B)が1月～6月の場合は前年1月1日時点)で奈良市に住民票はありますか]

※Cについては、診療月が1月～7月の場合、前年1月1日時点。A、B、Cの区別は、表面の各事業に記載。

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

いいえ

障害者

グルー

特別養

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

児童発達支援または医療型児童発達支援 調査票

<乳幼児等サポート調査・給付決定時調査>

調査対象児童氏名	奈良 明日香	調査日時	〇〇年 〇月 〇日
年齢（調査日時時点）	5歳	保護者同意日	〇〇年 〇月 〇日

調査票作成協力事業所	事業所名	児童発達支援事業所□□□	
	担当者名	伊藤	TEL

【調査実施の方へ】

別表1「乳幼児等サポート調査留意事項」に沿って、各調査項目の「サポート調査判定結果欄」に✓をつけてください。

調査実施者 記入欄				市町村職員記入欄		
調査項目	サポート調査判定結果欄			介助なし	一部介助	全介助
	介助なし	一部介助	全介助			
① 食事						
② 排泄						
③ 入浴						
④ 移動						
	なし	週1回以上	ほぼ毎日	なし	週1回以上	ほぼ毎日
⑤ 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠く行動						
⑥ 睡眠障害又は食事若しくは排泄つに係る不適応行動（多飲水や過飲水を含む。）						
⑦ 自分や他人の身体を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為						
⑧ 気分がふさぎこんだ状態、または思考力が低下した状態						
⑨ 反復的行動（再三の手洗い又は繰り返しの確認を含む）						
⑩ 対人面の不安緊張、感覚過敏、集団への不適応又は引きこもり						
⑪ 読み書きが困難な状態（学習障害によるものを含む）						

市へご提出される前に、（更新決定後に通所される予定の）事業所の方に相談し本紙の記入をお願いしてください。

市へのご提出の際、記入された内容についてご確認させていただくことがございます。予めご了承ください。

【参考】個別サポート加算（1）の対象の判定基準
○ 3歳未満の場合：サポート調査判定結果で①～④のうち、2以上が全介助又は一部介助となる。
○ 3歳以上の場合：サポート調査判定結果で①～④の1以上が「全介助」又は「一部介助」で、かつ、⑤～⑪の1以上が「ほぼ毎日」又は「週1回以上」になる。

放課後等デイサービス 調査票

< 就学児サポート調査・給付決定時調査 >

調査対象児童氏名	奈良 明日香	調査日時	〇〇年 〇月 〇日
年齢（調査日時時点）	8歳	保護者同意日	〇〇年 〇月 〇日

調査票作成協力事業所	事業所名	放課後等デイサービス事業所□□□	
	担当者名	鈴木	TEL

【調査実施の方へ】 ①～④の項目に✓をつけるほか、別表2「就学児サポート調査（行動関連16項目）留意事項」に沿って、⑤～⑳の行動関連項目の「判定結果欄」に✓をつけてください。

調査実施者 記入欄				市町村記入欄			
調査項目	サポート調査判定結果欄			調査判定結果欄	介助なし	一部介助	全介助
	介助なし	一部介助	全介助				
① 食事				食事			
② 排泄				排泄			
③ 入浴				入浴			
④ 移動							
⑤ コミ				ニッ の認	なし	週1回 以上	ほぼ 毎日
⑥ 説明							
⑦ 大声・奇声を出す				⑥睡眠障害や長事・排泄に係る 不適応行動（多飲水や過飲水を 含む）			
⑧ 異食行動				⑦自分自身を傷つけたり、他人 を叩いたり蹴ったり、器物を壊 したりする行為			
⑨ 多動・行動停止				⑧気分が憂鬱で悲観的になった り、時には思考力が低下する			
⑩ 不安定な行動				⑨再三の手洗いや繰り返しの確 認のための日常動作に時間がか かる			
⑪ 自らを傷つける行為				⑩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。ま た、自室に閉じこもって何もし ないでいる			
⑫ 他人を傷つける行為				⑪学習障害のため、読み書きが 困難			
⑬ 不適切な行為							
⑭ 突発的な行動							
⑮ 過食・反すう等							
⑯ てんかん							
⑰ そううつ状態							
⑱ 反復的行動							
⑲ 対人面の不安緊張・集団への不適応							
⑳ 読み書き							

市へご提出される前に、（更新決定後に通所される予定の）事業所の方に相談し本紙の記入をお願いしてください。

市へのご提出の際、記入された内容についてご確認させていただくことがございます。予めご了承ください。

【参考】 個別サポート加算（1）の対象の判定基準 ※以下のいずれかに該当
<input type="radio"/> ①～④の3以上が「全介助」になる
<input type="radio"/> ⑤～⑳の✓の合計が13点以上になる

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

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。

セルフプランの方は必要ありません！

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	個人番号：	〒630-8580	続柄	子
	居住地	奈良市二条大路南1-1-1		
		電話番号 0742-34-XXXX		
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		

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