様式第1号の2　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表）

**障がい福祉サービス等に関する（新規・更新・変更）申請書**

**【18歳以上20歳未満の施設入所者・障がい児世帯】**

　介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費・

福岡市地域生活支援事業給付費・障がい児通所給付費・計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費

支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

計画相談支援・障がい児相談支援依頼（変更）届出書

　　　（宛先）福岡市　 　区長（　　　　　　　　　　課）　　　　　　　申請年月日　　　　年　　月　　日

　　裏面の同意内容について同意したうえで、本申請書を提出します。

（代筆者　　　　　　　　 申請者との関係　　　　）

□**（更新・変更の場合）前回申請時と変更はありません。**

**※前回申請時と変更がない場合、太線の欄以外は記入不要です。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （18歳未満の場合、保護者） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 大・昭・平・令  　年　　　月　　　日  （　　　　　　　歳） | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | 点字による通知 | | | |
| 要 ・ 不要 | | | |
| 居住地 | 〒　　　　　―　　　　　　　　（電話（自宅・携帯）　　　　　　　　　　　　　　　 ）  **※兄弟児を同じ窓口で申請する場合、２人目以降は記入不要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支援申請に係る児童氏名  （18歳未満の児童） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 平・令  年　　　月　　　日  （　　　　　　　歳） | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | 申請者との  続柄 | | |  |
| 身体障害者手帳 | 視・聴・音・肢・内　　　　　　　　 　級  障がい名 | | | | | | | | | 療育手帳 | | | | 障がい程度 | | | | | |
| 精神障害者  保健福祉手帳 | 障がい程度　　　　　　　　　　　　 　級 | | | | | | | | | 難病等 | | | | 疾病名 | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **主治医**  ※障がい支援区分新規申請時、  障がい支援区分更新時及び区分変更時のみ記入 | 医療機関名 | 主治医氏名 |
| 所在地　　〒　 　　―　　　　　　　　(電話　　　　　　　　　　　　　) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請するサービスの種類等 | ※該当する項目にチェック（☑）してください。 | | |
| **更新時のみ** | | □ **現在利用しているサービスを継続して利用したい。** |
| 介　護  給付費 | 訪問系その他 | □ 居宅介護　　□ 同行援護　　□ 行動援護　　□ 短期入所　　□ 重度障がい者等包括支援 |
| 日　中  活動系 | □ 療養介護　※医療保険の被保険者証（写し）を添付してください  □ 生活介護 |
| 居住系 | □ 施設入所支援 |
| 訓練等  給付費 | 日中活動系 | □ 自立訓練(機能訓練)　　　□ 自立訓練(生活訓練)　　　　□ 宿泊型自立訓練  □ 就労移行支援　　　　　　□ 就労移行支援(養成施設)　　□ 就労定着支援  □ 就労継続支援(A型)　　　 □ 就労継続支援(B型) |
| 地域生活支援事業 | | □ 移動支援　　□ 日中一時支援　　□ 訪問入浴サービス |
| 障がい児  通所給付費 | | □ 放課後等デイサービス　　□ 児童発達支援　　　□ 保育所等訪問支援  □ 居宅訪問型児童発達支援 |
| 計画相談支援  障がい児  相談支援 | | 計画相談支援・障がい児相談支援依頼先（事業所名及び事業所番号） |
| 所在地　　〒　　　　　―　　　　　　　　　　　　　(電話 　　　　　　　　　　) |
| ・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設置する福祉施設 | | |

(裏面も記入してください。)

（裏）

|  |  |
| --- | --- |
| ①　月額負担上限額 | ア　レ月額負担上限額に関する認定  　【下記にあてはまる番号のいずれかに○を付けてください。】 |
| １　生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付世帯である。  　２　市町村民税非課税世帯に属しており、私（申請者）の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下である。  　３　市町村民税非課税世帯に属しており、上記２に該当してしない。  　４　市町村民税課税世帯に属しており、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円未満である。  　５　市町村民税課税世帯に属しており、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円以上である。    　※　１の生活保護受給世帯等の方は、イ以降を記載していただく必要はありません。 |

|  |  |
| --- | --- |
| ②　申請する減免の種類 | □イ　特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（入所施設の食事軽減措置）  　※　対象施設は障がい者支援施設です。  【20歳未満の施設入所者の方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。】  　　（　18歳未満　・　18歳以上20歳未満　） |
| □ウ　特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（グループホーム入居者の家賃軽減措置）  　※　対象施設は、共同生活援助（グループホーム）です。  【下記にあてはまる方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。】 |
| 市町村民税非課税世帯に属する。 |
| □エ　生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する申請  　　生活保護への移行予防措置（　定率負担減免措置　：　特例補足給付　）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ください。

提出者欄（申請者本人が提出する場合には記入不要です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出者 | フリガナ |  | 申請者との関係 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　―　　　　　　　　　（電話（自宅・携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

　※住所は、申請者と同一の場合、記入不要です。

変更申請の場合に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更の内容  及び理由 |  |

**同意内容**

・　医師意見書を作成した医師から障がい支援区分の認定結果の開示を求められた場合に、提示することに同意します。

・　本申請にかかる介護給付費、訓練等給付費、特定障害者特別給付費並びに地域生活支援事業、障がい児通所給付費の決定（不支給の場合を除く）に必要のあるときは、福岡市が私（申請者）及び私と世帯を同一とする者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により調査することについて同意します。