

記入例(表)

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

土浦市福祉事務所 様

次のとおり申請します。

		申請年月日 令和 年 月 日	
申請者	フリガナ	個人番号	2
	氏名	生年月日	年 月 日
	居住地	〒	3
		電話番号	
フリガナ		個人番号	
支給申請に係る児童氏名		生年月日	年 月 日
		性別	
身体障害者手帳番号	4	障害者手帳番号	
精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
サービス利用の状況	5 障害福祉関係サービス (例)児童発達支援		
申請する支援	6 支援の種類	申請に係る具体的内容	
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)	(例) 月10日 土浦デイ	
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限り。)		
	☐ 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		

障害児支援利用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、土浦市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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。

7
申請者氏名

裏面もあります

1

申請書を提出する日（郵送の場合は記入した日）を書いてください。

2

個人番号（マイナンバー）を書いてください（土浦市に住民登録のある方は、記入を省略できます）。

3

電話番号を書いてください。

4

障害者手帳がある場合は、手帳番号を書いてください。
※こちらで把握している内容については、予め入力し

5

現在ご利用している障害福祉サービスを書いてください。
（例：児童発達支援、放課後等デイサービスなど）

6

利用を希望するサービスの該当する□に□をつけてください。
申請に係る具体的内容には、サービスの支給量と通所事業所名を書いてください。

7

個人情報の提供のため、書類にあらかじめ印字してある申請者名（保護者名）を書いてください。

記入例(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名	⑧	医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

※ 主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 ⑨ 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○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 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
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 ⑩ 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○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 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(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)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。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏名		申請者との関係
住所	〒 電話番号	

電話調査を希望される場合、
こちらに調査を受けていただく方のお電話番号を記入してください。

⑧

医療的ケアを受けている方はご記入ください。

⑨

☐に✓をつけ、1～3のいずれか該当する数字に○をつけてください。
いずれにも該当しない場合には○をつけなくてください。

1の場合には生活保護受給証明書をつけてください。
2および3については、令和8年度の市町村民税の課税・非課税の状況を選択してください。

⑩

未満児で、兄や姉が年少～年長のクラスの保育所もしくは幼稚園に通園している方につきましては、利用料の減額ができます。

⑪

申請書を提出した方の電話番号等連絡先を書いてください。
※申請者本人とは、表面の申請者欄に記載されている保護者のことです。

記入例

世帯状況・収入等申告書

土浦市福祉事務所長 様

申告年月日 令和 年 月 日

申告者住所

氏名

③

	氏 名	生年月日	本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
		個人番号		16歳未満	16～18歳	
申請者		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税

①

申請書を提出する日（郵送の場合は記入した日）を書いてください。

②

申請者（申請書にあらかじめ記載された保護者のこと）の住所と氏名を書いてください。

③

申請者（申請書にあらかじめ記載された保護者のこと）と世帯員の氏名・生年月日・本人（サービスを実際に利用する児童のこと）との関係を記入してください。
個人番号の記入は不要です。

以下、記入する必要はありません。

(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
総 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
収 入 他	仕送り収入	円
	不動産による賃貸収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費 (B)

種 類	内 容	金 額
		円

記入例

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

土浦市福祉事務所長 様

次のとおり、〈障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第24条の26第1項に規定する障害児相談支援給付費〉の支給を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		個人番号			
	居住地	〒				
		電話番号				
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
			個人番号			

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申請者との関係
氏名		
住所	〒	
電話番号		

①

申請書を提出する日（郵送の場合は記入した日）を書いてください。

②

申請書提出者

1枚目と同様です。
チェックボックスと、提出者の氏名は、必ず記入してください。それ以外は、記入を省略していただけます。