

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
(葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金申請書)

葛飾区長 あて

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											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	個人番号											電話番号			
	居住地	〒													
フリガナ												生年月日	年 月 日		
支給申請に係る児童氏名															
個人番号												続 柄			
身体障害者手帳番号			療育手帳(愛の手帳)番号			精神障害者保健福祉手帳番号			疾病名						
被保険者証の記号及び番号(※)								保険者名及び番号(※)							

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等									
申請する支援	支援の種類					申請に係る具体的内容					
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援										
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援										
	<input 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											
相談	<input type="checkbox"/> 相談支援事業					*事業所 ()					

同意書

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、葛飾区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。

また、障害福祉サービスと障害児サービスの調整のため関係各課に障害支援区分、支給期間及び支給決定内容を提示することに同意します。

※(葛飾区療育施設利用乳幼児保護者負担軽減助成金利用者のみ) サービスを提供した事業所等が私に代わって受領することに同意します。

申請者氏名

主治医	主治医氏名			医療機関名	(診療科名)	
	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。 (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. 区民税非課税世帯に属する者 3. 区民税課税世帯(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。 (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. 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。 但し、小学校就学前児童 第1子通園先() 第2子通園先()
	<input type="checkbox"/> 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(<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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		

《区使用欄》

番号確認	1 個人番号カード	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート	委任確認	1 委任状	担 当
	2 通知カード		4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳		2 戸籍謄本	
	3 住民票の写し		6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他()		3 住基確認	
	4 住民基本台帳の確認					
	5 その他()					

未就学児児童調査票

記入日 年 月 日

児童氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日
通園先						
手帳所持	手帳所持 あり ・ なし					
	愛の手帳 (度)		身体障害者手帳 (種 級)		精神保健福祉手帳 (級)	
障害名または診断名						
通院状況	医療機関名		診療科		頻度	

家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業 等

お子様の日常生活の様子から該当する項目を選んで☑してください。

食事	1	<input type="checkbox"/> 一人で食することができる	<input type="checkbox"/> 声掛けがあれば自分で食することができる
		<input type="checkbox"/> 大人に食べさせてもらう場面がある	<input type="checkbox"/> 大人に食べさせてもらう、食事形態に配慮が必要
排泄	2	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに行き排泄する	<input type="checkbox"/> 声掛けでトイレに行き排泄する
		<input type="checkbox"/> トイレで排泄するが拭き取り等支援が必要	<input type="checkbox"/> おむつを使用、または導尿や摘便などの支援が必要
入浴	3	<input type="checkbox"/> 一人で入浴することができる	<input type="checkbox"/> 声掛けがあれば自分で洗髪や洗身を行う
		<input type="checkbox"/> 大人が洗髪や洗身を手伝う必要がある	<input type="checkbox"/> 大人が洗髪や洗身を行う、または特別な配慮が必要
着替え	4	<input type="checkbox"/> 一人で着替えることができる	<input type="checkbox"/> 声掛けがあれば自分で着替えることができる
		<input type="checkbox"/> 着やすい向きで手渡すなどの手伝いが必要	<input type="checkbox"/> 大人に着替えさせてもらう
行動	5	<input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくく音や声を聞き取ることが難しい	<input type="checkbox"/> 補聴器などの補助装具があれば聞こえる
	6	<input type="checkbox"/> 噛んだり飲み込んだりすることが難しい	<input type="checkbox"/> 胃ろうなど経管栄養を行っている
	7	<input type="checkbox"/> 身体の一部を支えてもらえば座っていることができる	<input type="checkbox"/> 後ろにもたれた姿勢で座っている
	8	<input type="checkbox"/> 片足飛びや階段の昇り降りは手つなぎが必要である	<input type="checkbox"/> 片足飛びや階段昇降を行うことはできない
	9	<input type="checkbox"/> 手をつなぎ歩く、補装具を使用するが転倒しやすい	<input type="checkbox"/> 車いすを使用している
	10	<input type="checkbox"/> 車などの危険を避けるために手を引いて制止する	<input type="checkbox"/> 危険を避けるために常に目が離せない
	11	<input type="checkbox"/> 周囲に気を取られ集中できないことがある	<input type="checkbox"/> 遊びや活動に集中することが難しい
	12	<input type="checkbox"/> 声掛けがあれば次の行動をとることができる	<input type="checkbox"/> 大人と一緒に行動する必要がある
	13	<input type="checkbox"/> 予定変更に対し声かけで次の行動をとることができる	<input type="checkbox"/> 予定の変更を受け入れることは難しい
	14	<input type="checkbox"/> 乱暴な言葉遣いや行動は時間をかけ落ち着くのを待つ	<input type="checkbox"/> 乱暴な行動があるため常に目を離さない
	15	<input type="checkbox"/> あまり目が合わない、合っても持続しない	<input type="checkbox"/> 家族など周りの人と目が合わない
	16	<input type="checkbox"/> 思いを伝えようとして泣いたり怒ったり奇声をあげる	<input type="checkbox"/> 自分の思いを伝える手段がない
	17	<input type="checkbox"/> 文字の読み書き、意味の理解に手助けが必要	<input type="checkbox"/> 文字の読み書き、意味の理解が難しい
	18	<input type="checkbox"/> 特定の人であれば関わりを持つことができる	<input type="checkbox"/> 人との関わりを拒否する、反応がない
19	<input type="checkbox"/> トラブルがあっても大人の助けがあれば解決できる	<input type="checkbox"/> 相手の意見を聞き入れない	
20	<input type="checkbox"/> 興味がある内容であれば集団活動に参加する	<input type="checkbox"/> 強い拒否があり集団活動に参加しない	

※3歳未満のお子様は、1、2、3、は、大人の手助けが必要、17は読み書き意味の理解は難しいを選んでください。

《 区確認欄 》

利用状況

児童通所 サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
短期入所	区分1 区分2 区分3 重心		
支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
移動支援	(知的・全身性・全身性に準ずる)(身体介護 あり・なし)		
	基本	時間/月	加算 時間/月
	加算内容		
支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		

利用意向

児童通所 サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
短期入所	区分1 区分2 区分3 重心		
支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
移動支援	(知的・全身性・全身性に準ずる)(身体介護 あり・なし)		
	基本	時間/月	加算 時間/月
	加算内容		
支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

		計画作成日	年 月 日
フリガナ		生年月日	年 月 日 （男・女）
利用者氏名 （児童氏名）			
フリガナ		生年月日	年 月 日
保護者氏名			
利用者及び その家族の 生活に対す る意向 （希望する 生活）	(例：療育施設への通所をとおして様々な経験をしてほしい、友達とたくさん遊びたい等)		
サービス提 供事業者 に配慮して ほしいこと			
希望する障害福祉サービス（種類・時間数等）			
（未 就学 児 ）	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日／月	（利用事業所名）
	（ 重心 あり ・ なし ）		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日／月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日／月	
（就 学 児 ）	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日／月	（利用事業所名）
	（ 重心 あり ・ なし ）		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日／月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日／月	
サ ー ビ ス ）	<input type="checkbox"/> 短期入所	日／月	（利用事業所名）
	（ 区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 重心 ）		
	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間／月（最大 時間）	
	<input type="checkbox"/> 通院等介助（身体介護あり・なし）	時間／月	
留 意 事 項	<input type="checkbox"/> その他		長期休暇時の利用通所日数の変更 （ 有 ・ 無 ）
	<input type="checkbox"/> 2人体制		
	<input type="checkbox"/> 2時間ルール適用外		
	<input type="checkbox"/> 最大時間増 （理由）		
<input type="checkbox"/> 移動支援（知的・全身性・全身性に準ずる）（身体介護あり・なし） 基本 時間／月・加算 時間／月			
作成者			
連絡先電話番号 ー ー （ 母 ・ 父 ・ 自宅 ・ その他 ）			

サービス等利用計画案・障害児支援利用状況票【週間プラン】

利用者氏名 (児童氏名)		計画作成日	年 月 日
-----------------	--	-------	-------------

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

<p>【 特記事項 】</p> <p>(例：長期休暇時には、通所日数を週〇回に増やして利用する予定がある、通所先に空きやキャンセルがあった際は、月によって利用日数が増えることがある等)</p>
--

次のとおり申請し

世帯主の氏名・個人番号・生年月日・住所・電話番号をご記入ください。

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			
フリガナ		<div>サービスを利用する児童氏名・個人番号・生年月日 続柄をご記入ください。</div>										日			
支給申請に係る 児 童 氏 名															
個 人 番 号												続 柄			
身体障害者 手 帳 番 号		療育手帳(愛 の手帳)番号					精神障害者保健 福祉手帳番号				疾病名				
被保険者証の記号及び番号(※)							保険者名及び番号(※)								

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 利用中のサービスをご記入ください。 </div>
申請する支援	支援の種類 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input 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	申請に係る具体的内容 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>利用事業所名、希望する日数をご記入ください。</p> <p>例) ○○事業所 3日／週 または 15日／月</p> </div>
	相談	<input type="checkbox"/> 相談支援事業

*事業所（ ）

相談支援事業所と契約している場合は☑をして、相談支援事業所名をご記入ください。

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葛飾区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關係人に提示すること。また、障害福祉サービスと障害児入所施設との連携を図り、必要に応じて、当該事業者等に協力を求めること。この場合、当該事業者等は、当該事業者等の業務範囲内において、当該障害児の支援に努めるものとする。（葛飾区療育施設利用乳幼児保護者同意書）※（葛飾区療育施設利用乳幼児保護者同意書）を受領することに同意します。

内容をご確認のうえ、申請者氏名を忘れずにご記入ください。

各課に障害支援区分、支給期間及び支給決定内容、サービスを提供した事業所等が私に代わって

申請者氏名

主治医	主治医氏名			医療機関名			(診療科名)
	所在地	<div>〒</div> <div>主治医がいる場合はご記入ください。</div> <div>電話番号</div>					

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。 (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、○を付さない) 1. 生活保護受給世帯 2. 区民税非課税世帯に属する者 3. 区民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者	<div>該当する項目に☑をしてください。 1・2・3のいずれかに○をしてください。 ご不明な場合は、○をしなくて結構です。 ※区民税の確認が必要となります。 確認できない場合はサービスが利用できません。</div>
	<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。 (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、○を付さない) 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。 但し、小学校就学前児童 第1子通園先() 第2子通園先()	
	<input type="checkbox"/> 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(<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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		

《区使用欄》

番号確認	1 個人番号カード	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート	委任確認	1 委任状	担 当
	2 通知カード		4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳		2 戸籍謄本	
	3 住民票の写し		6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他()		3 住基確認	
	4 住民基本台帳の確認					
	5 その他()					

未就学児児童調査票

記入日 ○○年○○月○○日

記入例

児童氏名	花子	性別	男・女	生年月日	○○年 ○○月 ○○日																
通園先	○○○○保育園 年少クラス																				
手帳所持	手帳所持 あり・なし																				
障害名または診断名	愛の手帳(度) 身体障害者手帳(種 級) 精神保健福祉手帳(級)																				
通院状況	<div> 自閉症 学習障害 脳性麻痺 等 特に診断がない方は記入なしで結構です。 </div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療機関名</th> <th>診療科</th> <th>頻度</th> <th>特記や服薬状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>△△△ 医院</td> <td>内科</td> <td>月1回</td> <td>ぜんそく</td> </tr> <tr> <td>□□□ 歯科</td> <td>歯科</td> <td>3か月に1回</td> <td>定期健診</td> </tr> <tr> <td>○○○ クリニック</td> <td>精神科</td> <td>月1回</td> <td>てんかん、服薬あり</td> </tr> </tbody> </table>					医療機関名	診療科	頻度	特記や服薬状況	△△△ 医院	内科	月1回	ぜんそく	□□□ 歯科	歯科	3か月に1回	定期健診	○○○ クリニック	精神科	月1回	てんかん、服薬あり
医療機関名	診療科	頻度	特記や服薬状況																		
△△△ 医院	内科	月1回	ぜんそく																		
□□□ 歯科	歯科	3か月に1回	定期健診																		
○○○ クリニック	精神科	月1回	てんかん、服薬あり																		
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業 等																	
	葛飾 太郎	父	○年○月○日	会社員、自営業 等																	
	あやめ	母	○年○月○日	パート、会社員、専業主婦 等																	
	昌乃介	兄	○年○月○日	○○小学校△年生 等																	

お子様の日常生活の様子から該当する項目を選んで☑してください。

食事	1	<input type="checkbox"/> 一人で食することができる	<input checked="" type="checkbox"/> 声掛けがあれば自分で食することができる
		<input type="checkbox"/> 大人に食べさせてもらう場面がある	<input type="checkbox"/> 大人に食べさせてもらう、食事形態に配慮が必要
排泄	2	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに行き排泄する	<input type="checkbox"/> 声掛けでトイレに行き排泄する
		<input checked="" type="checkbox"/> トイレで排泄するが拭き取り等支援が必要	<input type="checkbox"/> おむつを使用、または導尿や摘便などの支援が必要
入浴	3	<input type="checkbox"/> 一人で入浴することができる	<input type="checkbox"/> 声掛けがあれば自分で洗髪や洗身を行う
		<input checked="" type="checkbox"/> 大人が洗髪や洗身を手伝う必要がある	<input type="checkbox"/> 大人が洗髪や洗身を行う、または特別な配慮が必要
着替え	4	<input type="checkbox"/> 一人で着替えることができる	<input type="checkbox"/> 声掛けがあれば自分で着替えることができる
		<input checked="" type="checkbox"/> 着やすい向きで手渡すなどの手伝いが必要	<input type="checkbox"/> 大人に着替えさせてもらう

お子様の日常生活の様子から該当する項目を選んで☑してください。

※3歳未満のお子様は、1、2、3、は、大人の手助けが必要、17は読み書き意味の理解は難しいを選んでください。

行動	13	<input type="checkbox"/> 予定変更に対し声かけで次の行動をとることができる	<input type="checkbox"/> 予定の変更を受け入れることは難しい
	14	<input type="checkbox"/> 乱暴な言葉遣いや行動は時間をかけ落ち着くのを待つ	<input type="checkbox"/> 乱暴な行動があるため常に目を離さない
	15	<input type="checkbox"/> あまり目が合わない、合っても持続しない	<input type="checkbox"/> 家族など周りの人と目が合わない
	16	<input type="checkbox"/> 思いを伝えようとして泣いたり怒ったり奇声をあげる	<input type="checkbox"/> 自分の思いを伝える手段がない
	17	<input type="checkbox"/> 文字の読み書き、意味の理解に手助けが必要	<input checked="" type="checkbox"/> 文字の読み書き、意味の理解が難しい
	18	<input type="checkbox"/> 特定の人であれば関わりを持つことができる	<input type="checkbox"/> 人との関わりを拒否する、反応がない
	19	<input type="checkbox"/> トラブルがあっても大人の助けがあれば解決できる	<input type="checkbox"/> 相手の意見を聞き入れない
	20	<input checked="" type="checkbox"/> 興味がある内容であれば集団活動に参加する	<input type="checkbox"/> 強い拒否があり集団活動に参加しない

※3歳未満のお子様は、1、2、3、は、大人の手助けが必要、17は読み書き意味の理解は難しいを選んでください。

<< 区確認欄 >>

利用状況

児童通所 サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問	日/月	
支	<div>記入不要です。</div>		
短			
支			
移			
支			
利			
児 サ			
支			
短			
支給			
移動支援	(知的・全身性・全身性に準ずる)(身体介護 あり・なし)		
	基本	時間/月	加算 時間/月
	加算内容		
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

計画作成日

記入例

フリガナ

カツシカ ハナコ

生年月日

年 月 日（男・女）

利用者氏名
（児童氏名）

葛飾 花子

フリガナ

カツシカ タロウ

生年月日

年 月 日

保護者氏名

葛飾 太郎

利用者及び
その家族の
生活に対す
る意向
（希望する
生活）

（例：療育施設への通所をとおして様々な経験をしてほしい、友達とたくさん遊びたい等）

サービス提
供事業者
に配慮して
ほしいこと

（例：転倒しやすいので移動時には配慮してほしい等）

希望する障害福祉サービス（種類・時間数等）

（未
就学児
支援）☐ 児童発達支援

日/月

（利用事業所名）

（重心 あり・なし）

☐ 医療型児童発達支援

日/月

☐ 居宅訪問型児童発達支援

日/月

☐ 保育所等訪問支援

日/月

（就
学児
支援）☒ 放課後等デイサービス

23 日/月

（利用事業所名）

（重心 あり・なし）

〇〇クラブ 3回/週

☐ 居宅訪問型児童発達支援

日/月

△△事業所 1回/週

☐ 保育所等訪問支援

日/月

長期休暇時の利用通所日数の変更（有・無）

サ
ー
ビ
ス
支
援☐ 短期入所

日/月

（利用事業所名）

（区分 1・2・3・重心）

☐ 身体介護

時間/月（最大 時間）

☐ 通院等介助（身体介護あり・なし）

時間/月

☐ その他留
意
事
項☐ 2人体制☐ 2時間ルール適用外☐ 最大時間増

（理由）

繋がりのやすい連絡先を
ご記入ください。☐ 移動支援（知的・全身性・全身性に準ずる）（身体機能あり・なし）基本 時間/月・加算 時間/月

作成者

葛飾 みどり

連絡先電話番号

03 - 〇〇〇〇 - ××××（母・父・自宅・その他）

サービス等利用計画案・障害児支援利用状況票【週間プラン】

記入例

利用者氏名 (児童氏名)	葛飾 太郎	計画作成日	年 月 日
-----------------	-------	-------	-------

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00	〇〇小学校 1年生						
9:00							
10:00						△△事業所	
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00	〇〇クラブ			〇〇クラブ			
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

【 特記事項 】

(例：長期休暇時には、通所日数を週〇回に増やして利用する予定がある、通所先に空きやキャンセルがあった際は、月によって利用日数が増えることがある等)