

かいごきゅうふ くんれんとうきゅうふ ちいきそうだんしえんきゅうふ ちいきせいかつしえんじぎょう
(介護給付・訓練等給付 地域相談支援給付 地域生活支援事業)
しょうがいふくし どうしきゅうしんせいしよ きにゆう てび
障害福祉サービス等支給申請書 記入の手引き

しょうがいふくし とう しんき しんせい りよう こうしん りよう
障害福祉サービス等を新規に申請する、利用しているサービスを更新する、利用しているサービス
へんこう ばあい しんせいしよ きにゆう ひつよう
を変更する場合に、この申請書を記入する必要があります。

なお、新規に申請する場合には、まず区役所の窓口で相談してから申請書を記入してください。

お母さん めん 表 面

第1号様式
(介護給付・介護等給付、地域生活支援給付、地域生活支援サービス費の支給決定に関する申請書)
障害福祉サービス等支給申請書
□ 新規申請 □ 更新申請 □ 変更申請

(申請先) 横浜府 区民
次のとおり申請します。

(※1) 申請者の氏名は(フリガナ) 世帯の世帯主(または同居の親)とします。 住所(〒) 年 月 日

しんせいしゃとう かん すん きにゆうらん
申請者等に関する記入欄
(1ページ)

しんせい かん きにゆうらん
申請するサービスに関する記入欄
(1ページ)

もうしたて どうい かん きにゆうらん
申し・同意に関する記入欄
(2ページ)

この申請書の記載事項に間違いがないことを申し立てます。また、介護給付費等、地域福祉支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に係る次のことについて説明を受け、同意します。

(1) 法第9条及び第22条の調査についての説明を受けました。

(2) 介護給付費等、地域福祉支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に当たり、利用のあった、調整及び変更のため必要があるときは、文書又は給付決定に係る請求資料(在宅援助相談簿、障害支援区分取り票、基幹業務支援計画書等)と、次の申請書に添付された関係書類(指定介護福祉サービス事業者等、指定相談支援事業者、登録事業者及び登録支援者を記載した書類等)を提供することに同意します。

申請者(※1) 氏名 フリガナ 個人番号 年 月 日 性別 年齢(申請時)

居住地 電話番号

児童(※2)の氏名 個人番号 年 月 日 性別 年齢(申請時)

居住地 電話番号

身体障害者手帳番号 号 療育手帳番号 号 精神障害者保健福祉手帳番号 号

障害に該当するサービスを受ける場合は記入してください。 医療機関の名称(※3) 診療科目(※3) 保険者名

介護保険のサービスを受ける場合は記入してください。 障害認定年(※4) 1級 2級の受給の有無 □ 有 □ 無

サービス利用状況

障害福祉サービス (利用中のサービスの種類、当番等) 介護保険サービス (利用中のサービスの種類、当番等)

申請するサービス

①現在利用しているサービスを継続して利用したい(以下の②、③の項目は選択不要です。)

②計画相談支援給付を利用したい

③次のサービスを利用したい

区分	介護サービス	訓練等給付費	地域生活支援給付
訪問系	□ 居宅介護 □ 施設訪問介護	□ 就労支援給付 □ 自立生活援助	□ 入浴サービス (訪問・施設)
その他	□ 同行支援 □ 行先支援	□ 就労移行支援 □ 就労継続支援 (B型)	□ 中一泊支援 □ 移動支援 (移動介護・移動介護支援)
日中	□ 通食介護 □ 生活介護	□ 自立訓練 (機能訓練) □ 自立訓練 (生活訓練)	□ 地域活動支援センター支援 (アイ型)
夜間	□ 夜間介護 □ 生活介護	□ 自立訓練 (生活訓練) □ 就労継続支援 (B型)	
伊豆系	□ 夜間介護 □ 生活介護	□ 自立訓練 (生活訓練) □ 就労継続支援 (B型)	
特別	□ 就労移行支援 □ 地域生活支援	□ 就労継続支援 (B型) □ 就労継続支援 (B型)	
申請に係る	□ 就労移行支援 □ 地域生活支援	□ 就労継続支援 (B型) □ 就労継続支援 (B型)	

申請に係る 申請者(※1) 氏名 個人番号 年 月 日 性別 年齢(申請時)

**う ら め ん
裏 面**

い し いけんしょ かん きにゆうらん
医師意見書に関する記入欄
(2ページ)

にんていちようさ かん きにゆうらん
認定調査に関する記入欄
(3ページ)

そうふさき かん きにゆうらん
送付先に関する記入欄
(3ページ)

きにゅうしゃ かん きにゆうらん
記入者に関する記入欄
(3ページ)

4

5

6

7

障害支援区分の転記を要する支障申請を行う場合等（※）は、主治医に医師意見書の作成を依頼します。 ※次のいずれかにあてはまる場合に、記入が必要です。	
<input type="checkbox"/> 合健給付のサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）にて介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 難病特別医療（難病特別施設以外の病院で難病療養が受けられているものを含む。）に入院して、地域移行支援のサービスを利用したい	
主治医の氏名	医師機関名
所在地 (市町村)	電話番号
医師意見書の送付先を選択してください。 <input type="checkbox"/> 医師機関等に直接送付 <input type="checkbox"/> 申請者宛てに送付 <input type="checkbox"/> 入居中のグループホームへ送付 <input type="checkbox"/> その他（以下に送付先の詳細を記入してください。）	
宛名	電話番号
住所	

※利用者とご家族等の同意を得た上で記入を行うこととし、正確な記載事項のため必要とする、可能な限り実姓や支障申請の記載をお願いします。	
氏名	利用者との関係
連絡先	電話番号
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」と同じ <input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」以外	
連絡先	電話番号
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 日中活動先 : 電話番号 <input type="checkbox"/> 上記以外 : 電話番号
調査曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 （2か所以上にチェックしてください。）
調査開始時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時 平日の午前9時から午後4時までの間で、ご希望の時間を記入してください。

※受給者証の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先に送付されることを希望される場合は、送付先をご記入ください。	
フリガナ	利用者との関係
氏 名	<input type="checkbox"/> 調査係人 <input type="checkbox"/> その他
住所	電話番号

申請書を記入した人： <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（以下についてもご記入ください。）	
氏名	申請者との関係
住所	電話番号

1

しんせいしゃとう かん きにゅうらん
申請者等に関する記入欄

第1号様式

(介護給付・訓練等給付 地域相談支援給付 地域生活支援事業)
障害福祉サービス等支給申請書

☐ 新規申請 ☐ 更新申請 ☐ 変更申請

(申請先)横浜市 区長
次のとおり申請します。

(※1)障害者の場合は利用者本人、児童の場合はその保護者を記入してください。

申請年月日		年 月 日	
申請者(※1)	フリガナ	氏名	生年月日(和暦)
	居住地	〒 -	電話番号
児童(利用者)	フリガナ	児童の氏名	生年月日(和暦)
	居住地	〒 -	電話番号
	身体障害者手帳番号	号	療育手帳番号
	号	精神障害者保健福祉手帳番号	号
療養介護のサービスを申請する場合は記入してください。→		健康保険被保険者証の記号及び番号	
		保険者名	
就労継続支援のサービスを申請する場合は記入してください。→		障害基礎年金1級の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
サービス利用状況	障害支援区分の認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(区分等/1・2・3・4・5・6・非該当) 有効期間:		
	障害福祉関係サービス (利用中のサービスの種類・内容等)		
	要介護認定 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)		
	介護保険サービス (利用中のサービスの種類・内容等)		

A 申請日を記入してください。

B 申請者欄には、
● サービスを利用する本人が18歳以上の場合
→「本人」について記入してください。
(記入後は D 欄へ)

● サービスを利用する本人が18歳未満の場合
→「保護者」の方について記入してください。
(記入後は C 欄へ)

C サービスを利用する本人が18歳未満の場合のみ、「本人」について記入してください。

D 障害者手帳を持っている場合には、手帳をみながら番号を記入してください。

E 療養介護または就労継続支援のサービスを申請する場合のみ、記入が必要です。

F 申請日時点で、利用している障害福祉関係や介護保険のサービスについて、わかる範囲で記入してください。

2

しんせい さーびす かん きにゅうらん
申請するサービスに関する記入欄

<input type="checkbox"/> ①現在利用しているサービスを継続して利用したい(以下の②・③の項目は選択不要です。)			
<input type="checkbox"/> ②計画相談支援給付を利用したい			
<input type="checkbox"/> ③次のサービスを利用したい			
申請するサービス	分 区	介護給付費	訓練等給付費
	訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助
	その他	<input type="checkbox"/> 同行支援 <input type="checkbox"/> 行動支援	<input type="checkbox"/> 入浴サービス(訪問・施設)
		<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援
			<input type="checkbox"/> 移動支援(移動介護・通学通所支援)
			<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター支援(デイ型)
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労選択支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) (介護サービス(入浴、排せつ、食事等の介護等) <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない)	
地域移動支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援		
申請に係る具体的内容			

利用したいサービスの名称や内容がわからない場合には、
記入しなくても大丈夫です。窓口で職員に伝えてください。

G 現在利用しているサービスを引き続き利用したい場合に、チェック(☑)してください。この欄にチェックした場合には、
H・I 欄の記入は不要です。

H 計画相談の利用を希望する場合にチェックしてください。

I 新規にサービスを申請する場合や、現在利用しているサービスに追加や変更がある場合には、希望するサービスをチェックしてください。

3

もうしたて どうい かん きにゅうらん
申立・同意に関する記入欄

この申請書の記載事項に間違いのないことを申し立てます。また、介護給付費等、地域相談支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に係る次のことについて説明を受け、同意します。

- (1) 法第9条及び第12条の調査についての説明を受けました。
(2) 介護給付費等、地域相談支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に当たり、利用のあっせん、調整及び要請のため必要があるときは、支給決定又は給付決定に係る調査資料(在宅援助記録票、障害支援区分認定書、医師意見書及び調査関係資料)及び障害支援区分認定結果を指定障害福祉サービス事業者等、指定相談支援事業者、登録事業者及び医師意見書を記載した医師等へ提供することに同意します。

申請者 (記名押印または自署) 印

さんこう しょうがいしゃ にちじょうせいかつおよ しゃかいせいかつ そうごうてき しえん ほうりつ
(参考) 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9条について
じりつしえんきゅうふ おこな しちようそんどう よこはまし てきせい きゅうふ おこな
自立支援給付を行う市町村等(横浜市)が、適正に給付を行うために必要な調査を行うための規定です。
- 第12条について
しちようそんどう よこはまし ふたんじょうげんげつがく りよう りようしゃ
市町村等(横浜市)が負担上限月額(サービスの利用にかかる利用者負担額)等を判断するにあたって、しょうがいしゃどう しょうがいじ ぼごしやどう
障害者等、障害児の保護者等のしさん しゅうにゅう じようきよう はあく ひつよう かんこうしよ ぎんこうどう
資産や収入の状況を把握する必要があることから、官公署や銀行等のきんゆうき かんどう しりよう ていきようどう もと きてい
金融機関等に資料の提供等を求めることができることを規定したものです。

J

しんせいしや (B) らん きさいしたひと
申請者(B欄に記載した人)の記名押印または自署が必要です。内容がわからない場合は、説明を受けたことがない場合は、申請するときに窓口で職員に伝えてください。

- 本人が署名した場合には、押印は不要です。
- 本人以外が名前を記入した場合には、本人の押印が必要です。

うら めん
裏 面 (1)

4

い し いけんしよ かん きにゅうらん
医師意見書に関する記入欄

※この欄を病院で記入してもらう必要はありません。

障害支援区分の認定を要する支給申請を行う場合等(※)は、主治医に医師意見書の作成を依頼します。
※次のいずれかにあてはまる場合に、記入が必要です。

☐ 介護給付のサービスを利用したい
☐ 共同生活援助(グループホーム)にて介護サービスを利用したい
☐ 精神科病院(精神科病院以外の病院で精神科病室が設けられているものを含む。)に入院して、地域移行支援のサービスを利用したい

主治医の氏名 医療機関名
所在地(住所) 電話番号
医師意見書の送付先を選択してください。
☐ 医療機関宛てに直接送付 ☐ 申請者宛てに送付 ☐ 入所中のグループホームに送付
☐ その他(以下に送付先の詳細を記入してください。)

宛名 電話番号
住所

さんこう
(参考)
かいごきゅうふのサービスとは、きょたくかいご じゅうど
介護給付のサービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、重度障害者等包括支援、療養介護、生活介護、施設入所支援のことです。
※ I 欄のこの範囲内にあるサービスです。

③ 次のサービスを利用したい

等	介護給付	共同生活援助
訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護
日中活動系	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/> 介護
地域移行系	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	

申請に係る具体的な内容

K

- あてはまるものがある場合
→ あてはまるものにチェックをして、L と M 欄を記入してください。
- あてはまるものがない場合
→ N 欄に進んでください。
- わからない場合
→ 診察券等を用意したうえで、申請するときに窓口で職員に記入が必要かどうか確認してください。

L

しゅじい きにゅう
主治医のことについて記入してください。

M

い し いけんしよ さくせい いらい
医師意見書の作成を依頼するための書類の送付先について選択・記入してください。

※医療機関に直接送付することを希望する場合には、事前に主治医に伝えておいてください。

5

認定調査に関する記入欄

※利用者や立会者の双方から聞き取りを行うことが、正確な認定調査のために必要ですので、可能な限り家族や支援職員の立会いをお願いします。

調査立会者	氏名	利用者との関係	N	
	連絡先 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号		
日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」と同じ	O		
	<input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」以外			
希望があれば記入してください。	連絡先名	P		
	電話番号			
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅			
	<input type="checkbox"/> 日中活動先			電話番号
	<input type="checkbox"/> 上記以外			電話番号
	調査曜日			<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 (2か所以上にチェックしてください。)
調査開始時間	<input type="checkbox"/> 午前 時	調査には概ね1時間程度かかります。 平日の午前9時から午後4時までの間で、ご希望の時間を記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 午後 時			

- 認定調査について
お住まいの区の区役所障害者支援担当課の職員が、サービス利用者の心身の状況を把握するため、80項目の調査(アセスメント)を行います。
- 障害支援区分について
「社会活動や介護者、居住等の状況」、「サービスの利用意向」とともに、介護給付費等のサービスの支給決定をするための勘案事項となります。

この欄は、新規に介護給付・訓練等給付のサービスを申請する場合や、障害支援区分の更新が必要な場合等に記入が必要です。
記入が必要かどうかかわからない場合には、窓口で記入できるように準備したうえで、申請するときに職員に確認してください。

- N 認定調査に同席できるご家族や支援者がいる場合に、その人のことについて記入してください。
- O 認定調査の日時を決めるため、職員から連絡しますので、平日の日中に連絡がとれる人の連絡先を記入してください。
- P 認定調査を行う場所や曜日、時間帯等について、希望がある場合には記入してください。

6

送付先に関する記入欄

※受給者証等の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先へ送付されることを希望される場合は、送付先をご記入ください。

送付先	フリガナ	利用者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他	Q
	氏名			
	住所			

- Q 受給者証等の区役所からの送付物について、申請者以外(欄Bで記入した居住地以外)の宛先に送ってほしい場合に、記入してください。

7

記入者に関する記入欄

申請書を記入した人: ☐ 申請者本人 ☐ 本人以外(以下についてもご記入ください。)

記入者	氏名	申請者との関係	電話番号	R
	住所			

【裏面もご記入ください。】

(A4)

- R 申請書を記入した人について、あてはまるものにチェックしてください。申請者本人が記入した場合には、氏名などは記入不要です。