

かいごきゅうふ くんれんどうきゅうふ ちいきそうだんえんきゅうふ ちい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 とうしきゅうしんせいしよ  
きにゅうてび  
**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 りょう こうしん りょう  
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 ぱあい しんせいしょ きにゅう 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、まず区役所の窓口に相談してから申請書を記入してください。

**おもて  
めん  
表  
面**

**しんせいしゃとう  
かんするきにゅうらん  
申請者等に関する記入欄**

1

**(1ページ)**

**しんせい  
かんする  
きにゅうらん  
申請するサービスに関する記入欄**

2

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**

2

3

**(2ページ)**

3

**この申請書の記載事項に間違いがないことをし立てます。また、介護給付費等、地域相談支援料費及び地域生活支援サービス費の支給又は支給に係る次の点について説明を受け、同意します。**

(1) 第9条及び第23条の調査についての説明を受けました。

(2) 介護給付費等、地域相談支援料費及び地域生活支援サービス費の支給又は支給に係り、利用あっせん、調整及び実績のため必要があるときは、支給決定又は的定付に係る資料審査(在宅訪問調査、障害支援区分見附審査、差額支給審査及び同意関係審査)及び障害支援区分既定結果を指定障害福祉サービス事業者等、指導料就業実績審査、認定実業者及び監査意見書を記載した基盤へ提出することに同意します。

3

**(2ページ)**

3

**申請者  
印**

1

## 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。

申請者 (※1)	フリガナ	個人番号	年月日
	氏名	生年月日 (和暦)	年月日 年齢(申請日時点)
児童の利用者が 障害者	フリガナ	個人番号	年月日 年齢(申請日時点)
	児童の氏名	生年月日 (和暦)	年月日 年齢(申請日時点)
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: (利用中のサービスの種類・内容等)		
介護保険サービス	要介護認定 <input type="checkbox"/> 認定無 <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) (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。

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  
エック(□)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  
エックしてください。

2

## 申請するサービスに関する記入欄

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

申請するサービス	介護給付費	訓練等給付費	地域生活支援事業
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行介護 <input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動授護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 入浴サービス(訪問・施設) <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"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機械訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労選択支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <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	施設入所支援	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)〕	地域活動支援センター支援(デイ型)
地域移行支援	地域定着支援		
申請に係る 具体的な内容			

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。

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ないことを申し込みます。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で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よる調査資料(在宅援助記録票、障害支援区分聞き取り票、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。

(記名押印または自署)

印

(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  
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必要な調査を行うための規定です。
- 第12条について  
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、障害者等、障害児の保護者等の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 しんせいしゃ (B らん まきし ひと) 申請者(B 欄に記載した人)の  
きめいおういん じしょ ひつよう 記名押印または自署が必要で  
ないよう す。内容がわからない場合や  
せつめい う ばあい 説明を受けたことがない場合  
は、申請するときに窓口で  
しょくぐ つか 職員に伝えてください。

- 本人が署名した場合には、  
おういん かよう 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  
ほんにん なまえ きにゅう ひつよう が必要です。

4

い し いけんしょ 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。

医師意見書依頼先	主担当医の氏名	医療機関名
	新在地 (住所)	電話番号
医師意見書の送付先を選択してください。		
<input type="checkbox"/> 医療機関宛てに直接送付 <input type="checkbox"/> 申請者宛てに送付 <input type="checkbox"/> 入所中のグループホームに送付 <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	〒 -	

(参考)  
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。  
※(1) 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		
分 類 系・その 他	介護 料 球 費	就労
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行接護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 白立活 <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 就労活 <input type="checkbox"/> 共同生活 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 介護
料金に係る 具体的な内容		

- 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 しゆじい 主担当のことについて記入してください。

M いし いけんしょ 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、事前に主担当医に伝えておいてください。

5

にんていちょうさ かん きにゅうらん  
認定調査に関する記入欄

※利用者と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 認定調査について 中の連絡先	氏名	利用者との関係	電話番号
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
希望があれば記入してください。	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	<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  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印してください。) <input type="checkbox"/> 午前 時 調査には概ね1時間程度かかります。 <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。
	調査開始時間		

- にんていちょうさ 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。
- にんていちょうさ 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。

N

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。

O

記入が必要かどう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。

P

にんていちょうさ 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。

Q

にんていちょうさ 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。

R

にんていちょうさ 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

そうふさき かん きにゅうらん  
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	電話番号
	氏名	<input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> その他	
住所	〒	電話番号	

Q

じゅきゅうしゃしようとう く やくしょ  
送付物について、申請者以外(B欄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

きにゅうしゃ かん きにゅうらん  
記入者に関する記入欄

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。)				
記入者	氏名	申請者との関係	電話番号	
	住所			

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。

【裏面もご記入ください。】

(A4)