

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

（宛先）池田市長

申請書を提出する日付を記入してください

次のとおり申請します。

申請年月日 令和7年11月1日

申請者	フリガナ	イケダ フク	個人番号				
	氏 名	池田 福	生年月日	昭和60年1月1日			
	居 住 地	〒 563-8666 池田市城南1-1-1	電話番号				
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ	イケダ フクマル	個人番号				
	池田 福丸	生年月日	平成29年3月1日				
		続 柄					
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾 病 名	

※マイナンバーに変更があった場合のみお書きください。

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

移動支援を10時間／月
短期入所を7日／月 利用中

※障害福祉サービスを利用している場合はご記入ください。

申請する支援	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。）	10日／月 事業所A 事業所B 希望支給日数・通われている 事業所をご記入ください
	☐ 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る。）	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☒ 放課後等デイサービス	
☐ 保育所等訪問支援		

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、池田市から指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者又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。

申請者氏名

池田 福

申請者氏名をご記入ください

主治医がおられる場合、ご記入ください

記載例

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ 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。 (当てはまるものに○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20%以下世帯)に属する者
	☐ II 多子軽減措置 下記の区分 (当てはまる) 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。

記入不要です

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	池田 福子	申請者との関係	妻
住所	〒 申請者と同じ 電話番号		

申請書以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。
上記申請者本人が申請書を提出する場合は「☐ 申請者本人」に ☒ を入れて下さい。

様式第22号（第15条関係）

障害児相談支援給付費・特例障害児相談支援給付費支給申請書

（宛先）池田市長

申請書を提出する日付を記入してください

次のとおり申請します。

		申請年月日		令和7年11月1日	
申請者	フリガナ	イケダ フク		個人番号	
	氏名	池田 福		生年月日	昭和60年1月1日
	居住地	〒563-8666 池田市城南1-1-1		電話番号	
		フリガナ	イケダ フクマル	個人番号	
申請に係る児童氏名		池田 福丸	生年月日	平成29年3月1日	
			続柄		

※マイナンバーに変更があった場合のみお書きください。

		新規・変更 届出年月日		年 月 日	
障害児相談支援・特例障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所					
フリガナ					
事業所名		相談支援センター〇〇			
所在地		〒			
指定障害児相談支援事業所		現在利用している事業所名をご記入ください。 所在地などのご記入は不要です。			

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	イケダ フクコ	申請者との関係	妻
氏名	池田 福子		
住所	〒 申請者と同じ		
	電話番号		

申請書以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。
上記申請者本人が申請書を提出する場合は「☐申請者本人」に☒を入れて下さい。

世帯状況・収入等申告書及び同意書

記載例

申告年月日 令和 7 年 11月 1日

(宛先) 池田市長

申告書を提出する日をご記入下さい。

障害福祉サービス等に係る世帯の状況について、次のとおり申告します。
また、障害児通所支援に係る利用者負担額認定のため、申請者及びその世帯員について住民基本台帳・課税状況、年金及び特別児童扶養手当等の受給状況について、関係機関に対し情報の提供を求めることに同意します。

申請者(保護者)

氏名 池田 福

住所 池田市城南1-1-1

1 世帯の状況等について

氏名	生年月日	支給申請に係る 児童との関係
池田 福	S60年 1月 1日	父
池田 福子	S60年 2月 1日	母
池田 福丸	H29年 3月 1日	本人
	年 月 日	
	年 月 日	

2 申請者の収入等の状況について(肢体不自由児通所医療を利用される方のみ記入してください)
※課税世帯の場合は記入不要です。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額

円

(2) 収入等の状況

①収入

区分		金額
稼得等収入	年金収入	円
	特別障害手当	円
	工賃等	円
	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

②必要経費

種類	内 容	金 額
租税、社会保険料		円
		円

記入不要です

(以下、担当課記入欄)

	所得	市民税所得割	市民税均等割	所得区分	担当者確認
申請者	円	円	☐ 有 ☐ 無	☐ 非課税 ☐ 生活保護 ☐ 所得割28万円未満 ☐ 所得割28万円以上	
配偶者	円	円	☐ 有 ☐ 無		
所得割合計		円			

表

セルフプラン(障害児支援利用計画)

記入例

☒新規 ☐更新 ☐変更

計画作成日 令和 7年 11月 1日

申請者同意欄	私は、支給決定において勘案される「利用計画」について、相談支援事業所に「障がい児支援利用計画案」の作成を依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」を提出します。また、セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、相談支援事業所のモニタリングが実施されないことなど、制度の内容を理解しています。(同意される場合、右欄の□へ✓を記入してください。)		制度の内容を理解し、セルフプランを提出します。 ☒ (←✓を記入してください。)			
ふりがな	いけだ ふくまる	生年月日	平成	令和 29年 3月 1日	生まれ(9 歳)	
利用者(児童)氏名	池田 福丸	住所	池田市城南1-1-1			
受給者番号	※更新、変更の方は記載してください	セルフプラン作成補助者	保護者氏名	池田 福 続柄(父)	電話番号	072-752-1111
			その他(事業所等)	※事業所からのサポートがある場合に記入してください。		

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいこと、現在の生活全般の解決すべき課題など

課題	発語が少なく、動作・行動で意思表示することが多い。コミュニケーションが苦手なため対人関係を築くのが難しく、友達と一緒に遊んだり行動したりすることができない。嫌なことがあるとつねったり物を投げたり相手を傷つける行動に出てしまうことがある。集団行動が苦手で、孤立しがちになるため時々学校を休んでしまう。	希望とする生活	毎日楽しく学校に通い、友達と過ごせるようになってほしい。 学校の行事にも参加できるようになってほしい。 言葉でコミュニケーションが取れるようになってほしい。
		目標	コミュニケーション能力を身につける。 毎日学校に通う。

◎利用したい福祉サービス(サービス名に☑)		希望する時間数等		希望する事業所	目標	達成時期
障害児通所給付費	☐ 児童発達支援		日/月	放課後等デイサービス××××	個別療育で発語を促す。	6ヶ月
	☒ 放課後等デイサービス	10	日/月		自分の伝えたいことを言葉にできるようになる。	1年
	☐ 保育所等訪問支援		日/月	放課後等デイサービス〇〇〇〇	集団療育でコミュニケーション能力を高め、友達と楽しく過ごす。	1年
	☐ 居宅訪問型児童発達支援		日/月			
介護給付費	☒ 短期入所(ショートステイ)	7	日/月	事業所△△△△	保護者に何かあった際に、サポートがあるところで泊まる。	1年
	☐ 居宅介護		時間/月			
	☐ 行動援護		時間/月			
	☐ 同行援護		時間/月			
	☐ その他()					
地域生活支援事業	☒ 移動支援(ガイドヘルパー)	10	時間/月	事業所☆☆☆☆	休日にサポートを受けて外出し、気持ちをリフレッシュする。	1年
	☐ 日中一時支援		日/月			

裏

【児童用】セルフプラン(障害児支援利用計画)

記入例

◎ 週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00								不定期利用 短期入所
5:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
6:00								
7:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	
8:00								
9:00	〇〇小学校	〇〇小学校	〇〇小学校	〇〇小学校	〇〇小学校			
10:00						移動支援		
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00	放課後等 デイサービス		放課後等 デイサービス		定期通院			
18:00	宿題、夕食	宿題、夕食	宿題、夕食	宿題、夕食	宿題、夕食	宿題、夕食	宿題、夕食	
19:00								
20:00	入浴、Youtube鑑賞	入浴、Youtube鑑賞	入浴、Youtube鑑賞	入浴、Youtube鑑賞	入浴、Youtube鑑賞	入浴、Youtube鑑賞	入浴、Youtube鑑賞	
21:00								
22:00								
23:00								
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

①計画表には、障害福祉サービスのみでなく、保健医療サービスやその他の福祉サービスも利用している場合は、それも書いてください。

②計画表には、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）もできる限り書いてください。