

様式第 1 号

千葉市地域生活支援給付費支給申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 ー	連絡先電話番号 () FAX 番号 () 連絡先電子メールアドレス @	
支給申請に係る障害児氏名			生年月日	年 月 日
			続柄	
対象者であることの確認 <input type="checkbox"/> 千葉市民 <input type="checkbox"/> 千葉市民以外で千葉市の障害福祉サービスの決定を受けている				
障害がおりかどうかの確認 (いずれかにご記入ください)				
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
自立支援医療(精神 通院医療)受給者番号		その他 書類	<input type="checkbox"/> 判定書 <input type="checkbox"/> 診断書、医師意見書	
申請するサービス	1 か月あたりの希望支給量		備考	
<input type="checkbox"/> 移動支援	時間			
<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	回			
<input type="checkbox"/> 日中一時支援(日中預かり型)	時間			
<input type="checkbox"/> 日中一時支援(放課後対策型)	日			
<input type="checkbox"/> 生活サポート	時間			
負担上限 月額に 関する 認定	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービスと同じ内容を申請します。			
	<input type="checkbox"/> 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(障害者:所得割 16 万円未満、障害児:所得割 28 万円未満)に属するもの			
給付費の受領	<input type="checkbox"/> 全て事業者に委任します。※			
書類提出者	<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	〒 ー	連絡先電話番号 () FAX 番号 () 連絡先電子メールアドレス @		

裏面に続く

【障害福祉サービスの支給決定の状況等について】

障害福祉サービスの決定状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 右欄のとおり	支給決定者	<input type="checkbox"/> 千葉市	<input type="checkbox"/> 他市町村	市町村名 ()							
	障害程度区分の認定	有・無		区分	非該当 1 2 3 4 5 6						
	支給決定しているサービス	<input type="checkbox"/>	居宅介護								
		<input type="checkbox"/>	重度訪問介護		時間	うち移動介護		時間			
		<input type="checkbox"/>	同行援護		時間	<input type="checkbox"/>	行動援護		時間		
		<input type="checkbox"/>	児童デイサービス								
		<input type="checkbox"/>	短期入所	日	これらのサービスの支給決定期間の終期				年 月 日		
		<input type="checkbox"/>	共同生活介護		<input type="checkbox"/>	施設入所支援		<input type="checkbox"/>	共同生活援助		
		<input type="checkbox"/>	旧法施設支援（入所）								
		<input type="checkbox"/>	上記以外のサービス		サービス種類		具体的な内容				
利用者負担上限月額		円		有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
地域生活支援給付事業の決定内容 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 右欄のとおり	支給決定しているサービス	サービス種類		1か月あたりの支給決定量		支給決定期間の終期					
		<input type="checkbox"/>	移動支援		時間		年 月 日				
		<input type="checkbox"/>	訪問入浴サービス		回		年 月 日				
		<input type="checkbox"/>	日中一時支援（日中預かり型）		時間		年 月 日				
		<input type="checkbox"/>	日中一時支援（放課後対策型）		日		年 月 日				
		<input type="checkbox"/>	生活サポート		時間		年 月 日				
	利用者負担上限月額		円		有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
その他のサービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 右欄のとおり	介護保険	要介護認定	有・無	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5					
		利用しているサービスの具体的な内容									
	その他のサービス	利用しているサービスの具体的な内容									

※ 委任されない場合、個別に事業者委任されるか、一旦事業者へ給付費の全額をお支払いいただき後日本市から給付費分の金額をお返しすることとなりますのでご注意ください。

(記入上の注意)

- 表面「負担上限月額に関する認定」及び上記「障害福祉サービスの支給決定の状況等について」の内容を証明する書面を必ず添付してください。なお、千葉市が支給決定した障害福祉サービス及び千葉市地域生活支援給付については、記載の内容を市が保有する情報を市が調査することにより確認することについて、同意いただければ添付の必要はありませんので、下表よりいずれかを選択してください。

<input type="checkbox"/> 千葉市が調査することに同意します。	<input type="checkbox"/> 自ら証明する書面を添付します。
--	--

- 千葉市が障害福祉サービス又は地域生活支援給付の支給決定を行っていない方は、「千葉市地域生活支援給付 世帯状況・収入申告書」に内容を証明する書類を添付して提出してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。