支所コード	申請番号		登録番号
		←福祉事務所記入欄	CD

（介護給付費 地域生活支援事業 障がい児通所給付費 障がい児相談支援給付費 肢体不自由児通所医療費等）

支給申請書 兼 世帯状況・収入等申告書 兼 利用者負担額減額・免除等申請（変更申請）書

倉敷市長あて

次のとおり申請します。なお、支給決定にあたり必要な私及び私の世帯員に関する税務情報等の調査を行うことについて同意します。

申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請種別	新規 ・ 更新（　　月末） ・ 変更

1. 申請者（対象者）について

申請者	フリガナ		生年月日	昭和　平成　年　月　日
	氏　名	※対象者が18歳未満の場合は保護者	個人番号	
	居住地	〒　　－　倉敷市	電話（　　）　－	
	令和　　年１月１日時点の住民登録地　□ 現在と同じ　□ 現在と異なる⇒（　　）			
満18歳未満の場合	フリガナ		生年月日	平成 令和　年　月　日
	支給申請に係る児童氏名		個人番号	

身体障がい者手帳	（　　）県・市　第　　号	級	視覚・聴覚・肢体・内部・その他（　　）	
療育手帳	岡山県　第　　号	A・B（最重・重・中・軽）	難病患者等⇒ 疾患名（　　）	
精神障がい者保健福祉手帳	岡山県　第　　号	級	自立支援医療（精神通院）	無 ・ 有
手帳なし	□医師意見書等　□その他（　　）			

2. 世帯・収入状況の申告

	氏　名	生年月日	対象者との続柄	個人番号	扶養人数 ～15歳	扶養人数 ～18歳
申請者		昭和　平成　年　月　日				
申請者の配偶者		昭和　平成　年　月　日				
	申請者と住所が異なる場合→（マイナンバーが分かる書類の提出が必要です）	市　区　町　村				

※ 住民票上同一世帯員の方をにご記入ください。

		氏　名	生年月日	対象者との続柄	個人番号	通園状況
①	対象児童		平成　令和　年　月　日	本人		□保育園 □幼稚園
②	その他世帯員※		昭和　平成　令和　年　月　日			□保育園 □幼稚園
			昭和　平成　令和　年　月　日			□保育園 □幼稚園
			昭和　平成　令和　年　月　日			□保育園 □幼稚園
			昭和　平成　令和　年　月　日			□保育園 □幼稚園

3. 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。（当てはまるものに○をすること。不明の場合は空欄可。）

1　第２子に該当する者
2　第３子以降に該当する者
　※同一世帯に保育園・幼稚園に通っている幼児が2人以上いる場合の、2番目の子、３番目以降の子（在園証明書等の提出が必要です）

3　多子軽減措置に該当する可能性がある　※兄弟姉妹がいて、２番目以降の子（世帯の市民税課税額によっては多子軽減措置に該

様式①

4. サービスの申請内容について

(1)更新の方

	□　現在と同じサービスを申請する。
	□　サービス内容の変更を申請する。（下の欄に詳細をご記入ください。）

⇩

(2)新規、サービス変更の方

今回申請するサービス

	サービス種別	希望する受給量		サービス種別	希望する受給量
訪問系	□ 身体介護 ㊀	時間／月	日中活動系	□ 日中一時支援（日中型・医療型） ㊁	日／月
訪問系	□ 家事援助 ㊀	時間／月	日中活動系	□ 〃 （タイムケア型） ㊁	日／月
訪問系	□ 重度訪問介護 ㊀	時間／月	その他	□ 短期入所 ㊀	日／月
外出系	□ 通院介助 ㊀	時間／月	その他	□ 訪問入浴 ㊁	回／月
外出系	□ 通院等乗降介助 ㊀	回／月	児童福祉法	□ 児童発達支援（ 事業・ センター） ㊂	日／月
外出系	□ 同行援護 ㊀	時間／月	児童福祉法	□ 医療型児童発達支援 ㊂	日／月
外出系	□ 行動援護 ㊀	時間／月	児童福祉法	□ 放課後等デイサービス ㊂	日／月
外出系	□ 移動支援 ㊁	時間／月	児童福祉法	□ 保育所等訪問支援 ㊂	回／月
			児童福祉法	□ 居宅訪問型児童発達支援 ㊂	日／月

備考	希望するサービスの内容および変更するサービスの内容 ㊀…介護給付費　㊁…地域生活支援事業　㊂…障がい児通所給付費

5. 障がい児相談支援給付費の申請について

障がい児相談支援を依頼した事業所名

フリガナ		フリガナ	
事業所名		専門相談員名	
事業所住所	〒　　－	電話　（　　）　　－	

相談支援事業所を変更する理由（変更の場合のみ）

変更年月日　令和　　年　　月　　日

※添付資料…「サービス等利用計画書」

申請書提出者

□ 申請者本人　□ 相談支援専門員　□ 左記以外（下の欄に記入）

フリガナ		申請者との関係	
氏　名			
居住地	〒　　－　　電話　（　　）　　－		

受付印

様式①