

青森市相談支援ガイドライン
様式集
(令和8年3月作成)

様式集目次

特定相談支援関連

1) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（様式第1号）	1~2	ページ
2) 支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書（様式第7号）	3~4	ページ
3) 受給者証再交付申請書（様式第15号）	5	ページ
4) 令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス費等支給申請書（様式第22号）	6	ページ
5) 令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス費等支給申請書（様式第27号）	7	ページ
6) 標準利用期間を超える更新決定にかかる事業者意見書（参考様式）	8	ページ
7) 障害支援区分認定関係資料情報提供申請書	9	ページ
8) 過誤依頼書	10	ページ

障害児相談支援関連

1) 障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除申請書	11~12	ページ
2) 障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書	13~14	ページ
3) 受給者証再交付申請書	15	ページ
4) 令第21条の5第1項に規定する高額障害児通所給付費支給申請書	16	ページ
5) 障害の程度等に関する調査票（障害児の調査項目（5領域20項目））	17	ページ
6) 就学児サポート調査・給付決定時調査 調査票	18~19	ページ
7) 青森市障害児通所支援2歳児クラス利用者負担額全額公費負担申請書	20	ページ

共通

1) 申請内容変更届出書（様式第14号）	21	ページ
2) 計画相談支援給付費支給申請書（様式第17号）	22	ページ
3) 計画相談支援依頼（変更）届出書（様式第18号）	23	ページ
4) モニタリング実施届	24	ページ
5) モニタリング実施月変更届	25	ページ
6) モニタリング頻度変更の理由書（参考様式）	26	ページ

記載に当たっての注意事項

- ①申請書等で、個人情報等の取り扱いに関する同意事項が含まれている場合には、申請者自身の同意の有無について漏れなくチェックすること。
- ②申請書等を記載する際は、申請書内の記入が必要な項目を漏れなく記載すること。

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

青森市長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

- 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における自立支援給付の支給決定等のために必要があるときは、私および私の世帯員の課税状況等について、青森市が住民基本台帳、課税台帳の閲覧、生活保護の受給状況、その他必要な事項を調査することに同意します。
- 自立支援給付の支給決定や福祉サービスのために必要があるときは、私の障がい者手帳や障がいの状態等の個人情報を必要な範囲で利用施設等の関係機関に提供することに同意します。
- サービス等利用計画又は個別支援計画等を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、青森市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
	氏名		個人番号				
	居住地	〒	電話番号				
	フリガナ		生年月日	H・R	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名		個人番号				
			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	
被保険者証の記号及び番号 ※			保険者名及び番号 ※				
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。）							有・無

※療養介護を申請する場合記入。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	
		利用中のサービスの種類と内容等				

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費	
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 就労選択支援	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 短期入所		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援		
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）		
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助※		
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 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。 （あてはまるものに○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 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障がい者：所得割16万円未満、障がい児：所得割28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> V 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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。		

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	<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	〒		
	電話番号		

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

青森市長 様

申請年月日

年 月 日

次のとおり申請します。

- 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における自立支援給付の支給決定等のために必要があるときは、私および私の世帯員の課税状況等について、青森市が住民基本台帳、課税台帳の閲覧、生活保護の受給状況、その他必要な事項を調査することに同意します。
- 自立支援給付の支給決定や福祉サービスのために必要があるときは、私の障がい者手帳や障がいの状態等の個人情報を必要な範囲で利用施設等の関係機関に提供することに同意します。
- サービス等利用計画又は個別支援計画等を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、青森市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
	氏名		個人番号				
	居住地	〒	電話番号				
	フリガナ		生年月日	H・R	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名		個人番号				
			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
被保険者証の記号及び番号※		保険者名及び番号※	

※療養介護を申請する場合記入。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ()	要介護	1 2 3 4 5
	利用中のサービスの種類と内容等					

変更の理由	
-------	--

変更を申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
変更を申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 就労選択支援	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練)	
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (養成施設)	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助※		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		

(※) 主治医の欄は、介護給付費又は訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> 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。 (あてはまるものに○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 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障がい者：所得割16万円未満、障がい児：所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年令 才)
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<input type="checkbox"/> V 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。	

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		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		

受給者証再交付申請書

青森市長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の種 類	1 障害福祉サービス受給者証	受給者 証番号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

フリガナ		生年 月日	M・T・S・H・R 年 月 日
支給（給付） 決定障がい者 （保護者）氏名		個人 番号	
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名		生年 月日	H・R 年 月 日
		個人 番号	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他		
	[具体的な状況]		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）

令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

青森市長 様

次のとおり関係書類を添えて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施行令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

- 高額障害福祉サービス等給付費の支給決定のために必要があるときは、私および私の世帯員のサービス利用状況等を確認することに同意します。
- 次月以降高額障害福祉サービス等給付費の支給対象となった際は、下記口座へ振込みを依頼します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法										
申請者氏名 (支給決定障がい者等氏名)											制度	受給者証番号・被保険者証番号									
個人番号																					
生年月日	M	T	S	H	R	年	月	日													
居住地	〒										電話番号										
フリガナ											続柄										
支給決定に係る児童氏名											個人番号										
											生年月日	H	R	年	月	日					
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額															申請に係るサービス利用月	年 月分					
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額																					
同一世帯に属する他の	氏名				生年月日				①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法												
					年 月 日				制度			受給者証番号・被保険者証番号									
	個人番号																				
					年 月 日																
	個人番号																				
個人番号																					
個人番号																					

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード			1 普通預金				
					2 当座預金					
					3 その他					
フリガナ										
口座名義人										

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		
		電話番号	

令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

青森市長 様

次のとおり関係書類を添えて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施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

高額障害福祉サービス等給付の支給決定のために必要があるときは、私および私の世帯員のサービス利用状況等を確認することに同意します。

次月以降高額障害福祉サービス等給付の支給対象となった際は、下記口座へ振込みを依頼します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ	①障害者総合支援法 ②介護保険法														
申請者氏名	制度											受給者証番号・被保険者証番号			
個人番号															
生年月日	M・T・S	年		月		日									
居住地	〒														
	電話番号														
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額(注)	申請に係るサービス利用月			年		月分		65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載(本人支払額があれば分けて記載)してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 9 その他						
	フリガナ										
	口座名義人										

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒 電話番号		

標準利用期間を超える更新決定にかかる事業者意見書

提出年月日 年 月 日

青森市長

事業者番号	
事業者名 及び 代表者名	
担当者名 及び 連絡先	

下記のとおり関係書類を添えて、標準利用期間を超えるサービス利用について意見を提出します

受給者証番号		支給決定障害者名
サービスの種類	1 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） 2 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） 3 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 4 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 5 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 6 <input type="checkbox"/> 地域移行支援	
現在の支給決定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
(1) 当初設定した 課題・目標		
(2) (1)の達成度		
(3) 延長が必要となる理由		
(4) 延長を必要とする期間		
(5) 添付書類	・ 個別支援計画（写）	
記入者名		

※市町村処理欄

利用期間延長の 適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
意見欄	

障害福祉サービス費（介護給付費・訓練等給付費）過誤依頼書

青 森 市 長 様

事業所番号	
事業所名	
居住地	〒 —
連絡先	TEL() —
担当者名	

下記の障害福祉サービス費（介護給付費・訓練等給付費）について、過誤申し立てを依頼します。

受給者証番号	受給者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		
		平成・令和 年 月		

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

青森市長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

- 児童福祉法における障害児通所給付の支給決定等のために必要があるときは、私および私の世帯員の課税状況等について、青森市が住民基本台帳、課税台帳の閲覧、生活保護の受給状況、その他必要な事項を調査することに同意します。
- 障害児通所給付の支給決定や福祉サービスのために必要があるときは、私の障がい者手帳や障がいの状態等の個人情報を必要な範囲で利用施設等の関係機関に提供することに同意します。
- 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、青森市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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	フリガナ			生年月日	S・H	年	月	日
	氏名	※		個人番号				
	居住地		〒					
電話番号								
フリガナ				生年月日	H・R	年	月	日
支給申請に係る児童氏名				個人番号				
身体障害者手帳番号				愛護手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号	
被保険者証の記号及び番号(※)						保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入してください。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
-----------	-------------	-----------------

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

主治医	氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 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。 (あてはまるものに○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 28 万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 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。 (あてはまるものに○をつける。) 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。
	<input type="checkbox"/> 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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付してください。

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		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

青森市長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

- 児童福祉法における障害児通所給付の支給決定等のために必要があるときは、私および私の世帯員の課税状況等について、青森市が住民基本台帳、課税台帳の閲覧、生活保護の受給状況、その他必要な事項を調査することに同意します。
- 障害児通所給付の支給決定や福祉サービスのために必要があるときは、私の障がい者手帳や障がいの状態等の個人情報を必要な範囲で利用施設等の関係機関に提供することに同意します。
- 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、青森市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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	フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日
	氏名	※	個人番号				
	※本人が手書き（自署）しない場合は、記名押印してください。						
居住地	〒						
電話番号							
フリガナ			生年月日	H・R	年	月	日
支給申請に係る児童氏名			個人番号				
			続柄				
身体障害者手帳番号		愛護手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号			
被保険者証の記号及び番号(※)					保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入してください。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
変更の理由		
変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

主治医	氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 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。 (あてはまるものに○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28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 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。 (あてはまるものに○をつける。) 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。
	<input type="checkbox"/> 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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付してください。

申請書提出者	<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	〒		
電話番号			

受給者証再交付申請書

青森市長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	<input type="checkbox"/> 1 通所受給者証 <input type="checkbox"/> 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	
---------	--	--------	--

フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
給付決定保護者氏名	※	個人番号	
	※本人が手書き（自署）しない場合は、記名押印してください。		
居住地	〒		
		電話番号	
フリガナ		生年月日	H・R 年 月 日
給付決定に係る児童氏名		個人番号	
		続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者（本人） <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所	〒		
		電話番号	

申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 具体的な状況 </div>
-------	---

※従前使用していた受給者証を添付してください。（紛失の場合は不要です。）

令第21条の5第1項に規定する高額障害児通所給付費支給申請書

青森市長 様

次のとおり関係書類を添えて児童福祉法施行令第21条の5第1項に規定する高額障害児通所給付費の支給を申請します。

- 次月以降高額障害児通所給付の支給決定のために必要があるときは、私および私の世帯員のサービス利用状況等を確認することに同意します。
- 次月以降高額障害児通所給付の支給対象となった際は、下記口座へ振込みを依頼します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法									
申請者氏名 (支給決定障がい者等氏名)	※										制度	受給者証番号・被保険者証番号								
個人番号																				
生年月日	M	・	T	・	S	・	H	・	R	年	月	日								
居住地	〒										電話番号									
フリガナ											続柄									
支給決定に係る児童氏名											個人番号									
											生年月日	H	・	R	年	月	日			
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額													申請に係るサービス利用月	年 月 分						
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額																				
同一世帯に属する他の	氏名					生年月日					①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法									
						年 月 日					制度	受給者証番号・被保険者証番号								
	個人番号																			
						年 月 日														
	個人番号																			
						年 月 日														
個人番号																				

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			種目	口座番号						
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金							
							2 当座預金							
							3 その他							
フリガナ														
口座名義人														

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）													
フリガナ											申請者との関係			
氏名														
住所	〒										電話番号			

障害児の調査項目(5領域20項目)

領域	項目	手引き頁	判断項目				
1 健康・生活	(1)食事	1	① 一人で食べることができる	② 見守りや声かけがあれば食べることができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
	(2)排せつ	2	① 一人でトイレに移動して排せつすることができる	② 見守りや声かけがあればトイレに移動して排せつすることができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
	(3)入浴	3	① 一人で入浴することができる	② 見守りや声かけがあれば入浴することができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
	(4)衣類の着脱	4	① 一人で衣類の着脱ができる	② 見守りや声かけがあれば衣類の着脱ができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である	
2 感覚・運動	(5)感覚器官(聞こえ)	5	① 特に問題がなく聞こえる	② 補聴器などの補助装置があれば聞こえる	③ 聞き取りにくい音がある/過敏等で補助装置が必要である	④ 音や声を聞き取ることが難しい	
	(6)感覚器官(口腔機能)	6	① 噛んで飲み込むことができる	② 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる	③ 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる	④ 哺乳瓶などを使用している/口から食べることが難しい	
	(7)姿勢の保持(座る)	7	① 一人で座り、手を使って遊ぶことができる	② 手で支えて座ることができる	③ 身体の一部を支えると座ることができる	④ 座るために全身を支える必要がある	
	(8)運動の基本技能(目と足の協応)	8	① ケンケンが3回以上できる	② 交互に足を出して階段を昇り・降りできる	③ 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる	④ 階段は同じ足を先に出して昇る	⑤ どの動きも難しい
	(9)運動の基本的技能(移動)	9	① 一人で歩くことができる	② 一人で歩くことはできるが近くでの見守りが必要である	③ 一人で歩くことができるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要	④ 一人で歩くことが難しい	
3 認知・行動	(10)危険回避行動	10	① 自発的に危険を回避することができる	② 声かけ等があれば危機を回避することができる	③ 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である		
	(11)注意力	11	① 集中して取り組むことができる	② 部分的に集中して取り組むことができる	③ 集中して取り組むことが難しい		
	(12)見通し(予測理解)	12	① 見通しを立てて行動することができる	② 声かけがあれば見通しを立てて行動することができる	③ 視覚的な情報があれば行動することができる	④ その他の工夫が必要	
	(13)見通し(急な変化対応)	13	① 急な予定変更でも問題ない	② 声かけがあれば対応できる	③ 視覚的な手掛かりがあれば対応できる	④ その他の工夫やサポートが必要	
	(14)その他	14	① 乱暴な言動はほとんどみられない	② 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある	③ 乱暴な言動がみられ、対処方法も特でない		
4 言語・コミュニケーション	(15)2項関係(人対人)	15	① 目が合い、微笑むことや、嬉しそう表情をみせる	② 訴えている(要求する)時は目が合う	③ あまり目が合わない/合っても持続しない	④ ほとんど目が合わない	
	(16)表出(意思の表出)	16	① 言葉を使って伝えることができる	② 身振りで伝えることができる	③ 泣いたり怒ったりして伝える	④ 意思表示が難しい	
	(17)読み書き	17	① 支援が不要	② 支援が必要な場合がある	③ 常に支援が必要		
5 人間関係・社会性	(18)人との関わり(他者への関心興味)	18	① 自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する	② ごく限られた人であれば反応する	③ 自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある	④ 過剰に反応する、または全く反応しない	
	(19)遊びや活動(トラブル頻度)	19	① ほとんどないか、あっても自分たちで解決できる	② トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる	③ 支援があっても、解決できる場面とできない場面がある	④ トラブルが頻繁に起き、解決することも難しい	
	(20)集団への参加(集団参加状況)	20	① 指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる	② 興味がある内容であれば部分的に参加できる	③ 支援があればその場にはいられる	④ 参加することが難しい	

以下、中学生・高校生のみ対象

領域	項目	頁	判断項目			
コミュニケーション	(21)コミュニケーション(言葉遣い)	21	① 適切な言葉遣いや態度で表現することができる	② 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる	③ ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	④ 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22)コミュニケーション(やり取り)	22	① やり取りをすることができる	② 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	③ やり取りをすることが難しい	
	(23)コミュニケーション(集団適応力)	23	① 参加することができる	② たまに参加することができる	③ ほとんど参加することがない	④ 参加することが難しい

就学児サポート調査・給付決定時調査 調査票 【放課後等デイサービス】

調査対象児童氏名	調査日時
----------	------

調査票記入者氏名	
(所属)	

【調査実施者の方へ】

- ①～④の項目に✓をつけるほか、別紙の「就学児サポート調査(行動関連16項目)留意事項」に沿って、⑤～⑳の行動関連項目の「判定結果欄」に✓をつけ、「サポート加算対象の判定」の要件に該当する場合は✓をつけてください。
- その調査結果について、「通常の発達において必要とされる介助等を除くと、いずれの判定結果になるか。」という視点で判定し、給付決定時調査の項目に✓を付けてください。

サポート調査 調査項目	判定結果欄			給付決定時 調査項目との 対応
	介助なし	一部介助	全介助	
① 食事				項目①
② 入浴				項目②
③ 排泄				項目③
④ 移動				項目④
 	支援不要 (0点)	支援が 必要な 場合がある (1点)	常に支援が 必要 (2点)	給付決定時 調査項目との 対応
⑤ コミュニケーション				項目⑩
⑥ 説明の理解				項目⑩
⑦ 大声・奇声を出す				項目⑤
⑧ 異食行動				項目⑥
⑨ 多動・行動停止				項目⑤
⑩ 不安定な行動				項目⑤
⑪ 自らを傷つける行為				項目⑦
⑫ 他人を傷つける行為				項目⑦
⑬ 不適切な行為				項目⑦
⑭ 突発的な行動				項目⑤
⑮ 過食・反すう等				項目⑥
⑯ てんかん				項目⑤
⑰ そううつ状態				項目⑧
⑱ 反復的行動				項目⑨
⑲ 対人面の不安緊張・集団への不適応				項目⑩
⑳ 読み書き				項目⑪

個別サポート加算(Ⅰ)の対象の判定 ※以下のいずれかに該当

○ ①～④の3以上が「全介助」になる。	
○ ⑤～⑳の✓の合計が13点以上になる。	

裏面に続きます。

給付決定時調査 調査項目	介助なし	一部介助	全介助	サポート調査との対応
① 食事				項目①
② 排泄				項目②
③ 入浴				項目③
④ 移動				項目④
 	なし	週1回以上	ほぼ毎日	サポート調査との対応
⑤ 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠ける行動				項目⑦、⑨、⑩、⑭、⑯
⑥ 睡眠障害や食事・排せつに係る不適応行動(多飲水や過飲水を含む。)				項目⑧、⑮
⑦ 自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為				項目⑪、⑫、⑬
⑧ 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する				項目⑰
⑨ 再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる				項目⑱
⑩ 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。また、自室に閉じこもって何もしていない				項目⑤、⑥、⑲
⑪ 学習障害のため、読み書きが困難				項目⑳

※ 通常の発達において必要とされる介助等は除く。

青森市障害児通所支援 2 歳児クラス利用者負担額全額公費負担申請書

青森市長 様

障害児通所支援 2 歳児クラス利用者負担額全額公費負担を受けたいので、青森市障害児通所支援 2 歳児クラス利用者負担額に係る全額公費負担実施事務取扱要領第 2 条の規定により、次のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号		
申請に係る 児 童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			

申請内容変更届出書

青森市長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
支給(給付)決定障がい者(保護者)氏名		個人番号	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	H・R 年 月 日
		個人番号	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給(給付)決定障がい者等(本人)	<input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

変更事項 (該当に○をして下さい。)	支給(給付)決定障がい者等に関する こと	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に関する こと	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

青森市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		生年 月日	M・T・S・H・R 年 月 日							
支給（給付） 決定障がい者 （保護者）氏名		個人 番号								
居 住 地	〒							電話番号		
フリガナ		続柄		生年 月日	H・R 年 月 日					
支給決定に係る 児 童 氏 名		個人 番号								

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏 名		申 請 者 との関係	
住 所	〒		
	電話番号		

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

青森市長 様

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
	氏名			
	居住地	〒		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	H・R 年 月 日
			続柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒
	電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 年 月 日

モニタリング実施月変更届

_____年 ____月 ____日

青森市福祉部障がい者支援課長 様

事業所番号	
相談支援事業所名	
担当相談支援専門員	
電話番号	

下記の者（児）のサービス利用に係るモニタリング実施月を変更する理由は次のとおりです。

受給者番号			
利用者（児）氏名	生年月日	年	月 日
変更への同意	<input type="checkbox"/> 署名同意（右のとおり） <input type="checkbox"/> 口頭同意 （ ____年 ____月 ____日）	署名： （利用者以外の場合続柄： ____）	

変更前 モニタリング月	年 月	変更後モニタリング 実施予定月	年 月
理 由	※いずれかに該当するか□内にレ印を記入のこと。 <input type="checkbox"/> 利用者側都合 <input type="checkbox"/> その他 ※やむを得ない理由を具体的に記載してください。		

以下の欄は市が記入するため、事業所は記入しないこと。

①結果	モニタリング月変更を（ <input type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない ）
②認めない場合の理由	<input type="checkbox"/> やむを得ない理由に該当しない <input type="checkbox"/> その他（ ____ ）
③②の場合の対応状況	<input type="checkbox"/> 事業所へ電話連絡済み（連絡日： ____年 ____月 ____日）

モニタリング頻度変更の理由書

年 月 日

事業所番号	
相談支援事業所名	
担当相談支援専門員	

下記の者（児）のモニタリング頻度を変更したい理由は次のとおりです。

受給者番号			
利用者（児）氏名		生年月日	年 月 日

理 由	
-----	--

※利用者の置かれている状況・環境、モニタリング頻度を増やす理由等を記載すること。また、引き続き集中的な支援が必要である場合は、これまでに行った集中的な取組み及びその効果等についても記載すること。