

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名	個人番号:			
	居住地	〒 電話番号			
	フリガナ		生年月日	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(※)			保険者名及び保険者番号(※)		
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

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分 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				

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	
		☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 短 期 入 所		
	日中活動系	☐ 重 度 障 害 者 等 包 括 支 援		
		☐ 療 養 介 護	☐ 自 立 訓 練 (機 能 訓 練)	
		☐ 生 活 介 護	☐ 自 立 訓 練 (生 活 訓 練)	
			☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練	
			☐ 就 労 移 行 支 援	
		☐ 就 労 移 行 支 援 (養 成 施 設)		
居住系	☐ 就 労 継 続 支 援 A 型			
	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型			
地域相談支援	☐ 共 同 生 活 援 助 (グ ル ー プ ホ ー ム)			
	☐ 施 設 入 所 支 援			
	☐ 地 域 移 行 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、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、岩沼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。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

(※)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介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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	☐ 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80万円以下のもの ② ①以外のもの 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)に属する者	
	☐ 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)
	☐ 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)
	☐ 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。	
☐ 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			

(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

(様式第7号)

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 児 童 氏 名		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(※)		保険者名及び保険者番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分 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	
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 短 期 入 所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練(機能訓練)	
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練(生活訓練)	
			☐ 宿泊型自立訓練	
			☐ 就 労 移 行 支 援	
☐ 就 労 継 続 支 援 A 型				
☐ 就 労 継 続 支 援 B 型				
居住系		☐ 共同生活援助(グループホーム)		
	☐ 施 設 入 所 支 援			
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※)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介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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	☐ 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80万円以下のもの ② ①以外のもの 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)に属する者	
	☐ 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)
	☐ 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)
	☐ 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。	
☐ 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		

提供を終了する事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
			☐ 1契約の終了
			☐ 2契約の変更
			☐ 1契約の終了
			☐ 2契約の変更
			☐ 1契約の終了
			☐ 2契約の変更
			☐ 1契約の終了
			☐ 2契約の変更

計画相談支援給付費支給申請書

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	居 住 地	〒		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：	続柄	

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		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

計画相談支援依頼（変更）届出書

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり届け出します。

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	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	居住地	〒		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	個人番号：		続柄	

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名

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を変更する理由（変更の場合に記載）

--

変更年月日 令和 年 月 日

世帯状況・収入

岩沼市福祉事務所長 様

申告年月日 令和 年 月 日

申告者（保護者）住所
（保護者）氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏 名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申請者				☐ 課税	☐ 非課税
世帯主				☐ 課税	☐ 非課税
世帯員				☐ 課税	☐ 非課税
				☐ 課税	☐ 非課税

2 申請者の収入の状況について

（以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	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

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

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		申 請 者	
氏 名		との関係	
住 所	〒		
	電話番号		

（記入上の注意）

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 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下さい。
- 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。

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

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名	個人番号：				
	居 住 地	〒				
フリガナ				生年月日	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(※)					保険者名及び保険者番号(※)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

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
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	
	☐ 医療型児童発達支援	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

障害児支援利用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、岩沼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。

申請者氏名

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。 (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
	☐ 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。
	☐ 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		

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

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名	個人番号：				
	居 住 地	〒 電話番号				
	フリガナ		生年月日	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(※)			保険者名及び保険者番号(※)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

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
	変更の理由	
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	
	☐ 医療型児童発達支援	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

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。 (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
	☐ 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。
	☐ 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			

報告対象者					
受給者証番号					
通所給付決定 保護者氏名				給付決定に係る 児童氏名	

障害児相談支援給付費支給申請書

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	居 住 地	〒		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：	続柄	

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		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

障害児相談支援依頼（変更）届出書

岩沼市福祉事務所長 殿

次のとおり届け出します。

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	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	居 住 地	〒		
申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：	続柄	

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名	
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を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 令和 年 月 日

調 査 票（未就学・3歳未満）

記入日： 年 月 日 児氏名：

該当するものに○を付けてください

障害者手帳	無・有	身体（ 級） ・ 療育（A・B）・ 精神（ 級）
特別児童扶養手当	無・有	

【調査項目】…現在のお子さんの状態であてはまるものに○を付けてください。

	判 断 項 目				
	(介助なし)	(一部介助)	(一部介助)	(全介助)	
運動の基本的技能 (移動)	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	
排泄	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（おむつ使用）★	
入浴	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	
食事	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★	
※過食、拒食、反すう、異食行為等がある場合には「④常に支援が必要である」とする。					
危険回避行動	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★		
注意力	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★		
見通し (予測理解)	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★	
見通し (急な変化対応)	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★	
その他	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、対処方法も特にない★		
人対人（2項関係）	①目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる	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★	
読み書き	文字を介したコミュニケーション、文字を読むこと、書くことについて支援が必要かどうか。				
	①支援不要	②支援が必要な場合がある	③常に支援が必要★		

人との関わり (他者への関心興味)	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★	
遊びや活動 (トラブルの頻度)	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★	
集団への参加 (集団参加状況)	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★	
衣類の着脱	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	
感覚器官 (聞こえ)	①特に問題がなく聞こえる	②補聴器などの補助装具があれば聞こえる	③聞き取りにくい音がある／過敏等で補助装具が必要	④音や声を聞き取ることが難しい	
感覚器官 (口腔機能)	①嚥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	
姿勢の保持 (座る)	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	
運動の基本技能 (目と足の供応)	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
表出 (意思の表出)	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	

【市確認項目】

□調査項目に記入漏れがないか

□保健師へのつなぎ【 不要 ・ 必要 】 ※『必要』は①～③のいずれかに該当した場合

① 障害者手帳かつ特別児童扶養手当が『無』

② 特別児童扶養手当のみ『有』で、申請時に受給者証の持参なし

③ セルフプランの人

●個別サポート加算（I）の対象判定

☐	身体障害者手帳1級・2級、療育手帳A、精神障害手帳1級
☐	非該当（上記以外）

●短期入所に係る障害児支援区分

☐	区分3	運動の基本的技能（移動）・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目④が3項目以上。または、★が1項目以上。※判断項目が③までの場合は③
☐	区分2	運動の基本的技能（移動）・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目③若しくは④が3項目以上。または、●が1項目以上。※判断項目が③までの場合は②
☐	区分1	区分3又は2に該当しない児童で、運動の基本的技能（移動）・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目③又は④が1項目以上

※保健師記入 利用根拠【 指定難病・小慢・自立支援・診断書・在籍証明・意見書（担当：

）】

調 査 票 (未就学・3歳以上)

記入日： 年 月 日 児氏名：

該当するものに○を付けてください

障害者手帳	無・有	身体 (級) ・ 療育 (A ・ B) ・ 精神 (級)
特別児童扶養手当	無・有	

【調査項目】 ……現在のお子さんの状態であてはまるものに○を付けてください

	判 断 項 目				
	(介助なし)	(一部介助)	(一部介助)	(全介助)	
運動の基本的技能 (移動)	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	
排泄	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(おむつ使用)★	
入浴	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	
食事	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★	
※過食、拒食、反すう、異食行為等がある場合には「④常に支援が必要である」とする。					
危険回避行動	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★		
注意力	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★		
見通し (予測理解)	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★	
見通し (急な変化対応)	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★	
その他	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、対処方法も特にない★		
人対人(2項関係)	①目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる	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★	
読み書き	文字を介したコミュニケーション、文字を読むこと、書くことについて支援が必要かどうか。				
	① 支援不要	②支援が必要な場合がある●	③常に支援が必要★		

人との関わり (他者への関心興味)	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★	
遊びや活動 (トラブルの頻度)	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★	
集団への参加 (集団参加状況)	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★	
衣類の着脱	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	
感覚器官 (聞こえ)	①特に問題がなく聞こえる	②補聴器などの補助装具があれば聞こえる	③聞き取りにくい音がある／過敏等で補助装具が必要	④音や声を聞き取ることが難しい	
感覚器官 (口腔機能)	①嚙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	
姿勢の保持 (座る)	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	
運動の基本技能 (目と足の対応)	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
表出(意思の表出)	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	

【市確認項目】

□調査項目に記入漏れがないか

□保健師へのつなぎ【 不要 ・ 必要 】 ※『必要』は①～③のいずれかに該当した場合

- ① 障害者手帳かつ特別児童扶養手当が『無』
- ② 特別児童扶養手当のみ『有』で、申請時に受給者証の持参なし
- ③ セルフプランの人

●個別サポート加算（I）の対象判定

	身体障害者手帳1級・2級、療育手帳A、精神障害手帳1級
	非該当（上記以外）

●短期入所に係る障害児支援区分

区分3	運動の基本的技能（移動）・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目④が3項目以上。または、★が1項目以上。※判断項目が③までの場合は③
区分2	運動の基本的技能（移動）・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目③若しくは④が3項目以上。または、●が1項目以上。※判断項目が③までの場合は②
区分1	区分3又は2に該当しない児童で、運動の基本的技能（移動）・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目③又は④が1項目以上

※保健師記入 利用根拠【 指定難病・小慢・自立支援・診断書・在籍証明・意見書（担当： ）】

調 査 票 (就学後)

記入日： 年 月 日 児氏名：

該当するものに○を付けてください

障害者手帳	無・有	身体 (級) ・ 療育 (A ・ B) ・ 精神 (級)
特別児童扶養手当	無・有	

【調査項目】…現在の状態であてはまるものに○を付けてください。

下線項目…5 領域 20 項目 (障害児通所給付費) ・ …サポート調査

	判 断 項 目				
	(介助なし)	(一部介助)	(一部介助)	(全介助)	
運動の基本的技能 (移動)	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	
排泄	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★	
入浴	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	
食事	①一人で食することができる	②見守りや声かけがあれば食することができる	③一部支援が必要である●	④常に支援が必要である★	
	(0点)	(1点)	(2点)		
異食行動	①なし	②支援が必要な場合がある（口に入れるが飲み込みはしない）	③常に支援が必要（物があると口に含み、飲み込んでしまう）	※該当行為がある場合には上記「食事」は「④常に支援が必要である」とする。	
過食や過飲、拒食、反すう等	①なし	②時々ある（月1回程度以上）	③習慣化している（週1回以上）		
不適切な行為	興味や関心が優先したり、適切な意思表示ができなかったり、判断能力が不十分だったりする等により不適切な行為があるかどうか。（見知らぬ人に抱き着く、ひざに乗る、断りなく人の物を持つてくる、自慰行為がある、意思が伝えられないため叩く、物を投げるなどの行為で表現する等。）				
	①なし	②時々ある（月1回程度以上）	③習慣化している（週1回以上）		
不安定な行動	状況等が変わることが受け入れられず、行動が不安定になることがあるかどうか。（特定の物・人に固執することで安定を図り、それがなくなったり、変更になると不安定になる。パニック、突然泣き出す、突然の予定変更があると次の行動ができなくなる等）				
	①なし	②時々ある（月1回程度以上）	③習慣化している（週1回以上）		
自らを傷つける行為	①なし	②該当行為があり、支援が必要な場合がある	③該当行為があり、常時見守りや個別対応が必要		

	(0点)	(1点)	(2点)		
他人を傷つける行為	①なし	②該当行為があり、支援が必要な場合がある	③該当行為があり、常時見守りや個別対応が必要		
大声・奇声を出す	①なし	②時々ある（月1回程度以上）	③習慣化している（週1回以上）		
多動・行動停止	特定の人や物に興味関心が強く、思うようにならないと動きが多くなったり、その対象にこだわって動けなくなることがあるかどうか。				
	①なし	②時々ある（月1回程度以上）	③習慣化している（週1回以上）		
反復的行動	ある考えに固執し、特定の行為を繰り返したり、儀式的な行為にとられる等により、動作に時間がかかり日常生活に支障が生じることがあるかどうか。				
	①なし	②時々ある（月1回程度以上）	③習慣化している（週1回以上）		
コミュニケーション	自分の意志の伝達に、どの程度支援を必要としているか。				
	①口頭での自分の意志の伝達に支障がない	②慣れていない場面では配慮を必要とする。またはコミュニケーションツール等を利用すれば可能（保護者など特定の人としかコミュニケーションが取れない、表情が硬く話すことが難しい、吃音がある等）	③コミュニケーションツール等を用いても意思の伝達ができない。または、伝達できているか判断が困難（一方的に話す、行動でのみ意思を伝える、質問に対してオウム返しで返答等）		
説明の理解	他者からの説明の理解にどの程度支援を必要としているか。				
	①簡単な口頭での説明をおおむね理解し、行動ができています。	②説明を理解できないことが多く、説明に応じた行動もできないことが多い。または、コミュニケーションツールや手話等を用いるとおおむね理解できる。	③簡単な口頭での説明も理解が難しい。説明を理解できているか判断できない。		
対人面の不安緊張・ 集団への不適応	緊張状態が強く身体症状が出ている、感覚の過敏さ、一定期間引きこもっているなど。				
	①なし	②支援が必要な場合がある	③常に支援が必要		
てんかん	①過去にてんかん歴なし	②てんかんの経過観察あり	③てんかんの診断あり		
そううつ状態 (睡眠障害を含む)	気分が憂鬱で悲観的になったり、思考力が低下し、考えがまとまらず日常生活に支障をきたす。または、気分の高揚により様々なことを思いつき、次々と行動に移す等により社会生活に影響を及ぼす。「そう」または「うつ」のどちらかだけの該当でもよい。				
	①支援不要	②支援が必要な場合がある	③常に支援が必要		
危険回避行動 (突発的な行動)	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★		
読み書き	文字を介したコミュニケーション、文字を読むこと、書くことについて支援が必要かどうか。				
	① 支援不要	②支援が必要な場合がある●	③常に支援が必要★		
合 計（市記入）	(点)				

注意力	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★		
見通し (予測理解)	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★	
見通し (急な変化対応)	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★	
その他	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、対処方法も特にない★		
人対人 (2 項関係)	①目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる	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★	
人との関わり (他者への関心興味)	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★	
遊びや活動 (トラブルの頻度)	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★	
集団への参加 (集団参加状況)	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★	
衣類の着脱	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	
感覚器官 (聞こえ)	①特に問題がなく聞こえる	②補聴器などの補助装具があれば聞こえる	③聞き取りにくい音がある/過敏等で補助装具が必要	④音や声を聞き取ることが難しい	
感覚器官 (口腔機能)	①嚙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	
姿勢の保持 (座る)	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	
運動の基本技能 (目と足の供応)	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
表出 (意思の表出)	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	

【中学生・高校生のみ対象の項目】

コミュニケーション (言葉遣い)	①適切な言葉や態度で表現することができる	②時折、適切な言葉や態度で表現することができる	③ほとんど適切な言葉や態度で表現することが難しい	④適切な言葉や態度で表現することが難しい
コミュニケーション (やり取り)	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	
コミュニケーション (集団適応力)	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

【市確認項目】

□調査項目に記入漏れがないか

□保健師へのつなぎ【 不要 ・ 必要 】 ※『必要』は①～③のいずれかに該当した場合

① 障害者手帳かつ特別児童扶養手当が『無』

② 特別児童扶養手当のみ『有』で、申請時に受給者証の持参なし

③ セルフプランの人

個別サポート加算（Ⅰ）の対象判定

	著しく重度 (区分3と同様)	運動の基本的技能(移動)・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目④(最重度)が3項目以上。
	ケアニーズが高い	網掛け調査項目(点数あり)の該当項目の合計が13点以上 (点)
	非該当	上記以外

短期入所に係る障害児支援区分

	区分3	運動の基本的技能(移動)・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目④が3項目以上。 または、★が1項目以上。※判断項目が③までの場合は③
	区分2	運動の基本的技能(移動)・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目③若しくは④が3項目以上。または、●が1項目以上。※判断項目が③までの場合は②
	区分1	区分3又は2に該当しない児童で、運動の基本的技能(移動)・排せつ・入浴・食事の4項目のうち判断項目③又は④が1項目以上

※保健師記入 利用根拠【 指定難病・小慢・自立支援・診断書・在籍証明・意見書(担当:)】

同意書

岩沼市福祉事務所長 殿

私及び私の世帯員（以下、「私等」という。）は、下記の同意する事項に必要な範囲において、岩沼市福祉事務所が官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求めることに同意します。また、必要に応じ相談支援事業者やサービス提供事業者に対し障害福祉サービス及び障害児通所支援に係る受給者証の写しや自立支援医療の受給状況について提供すること、自立支援医療（育成医療）を行う指定医療機関に対し当該医療に係る受給者証の写しを提供することに同意します。

なお、岩沼市福祉事務所の調査に対し、官公署が報告することについて、私等が同意している旨を官公署に伝えて構いません。また、下記世帯員について調査することに同意します。

記

同意する事項

- ☐ 介護給付費等の支給事務及び利用者負担額等の決定事務
- ☐ 障害児通所給付費の支給事務及び利用者負担額等の決定事務
- ☐ 自立支援医療費の支給（認定）事務
- ☐ 補装具費の支給事務
- ☐ 地域生活支援事業（地域活動支援センター事業・移動支援事業・日中一時支援事業・日常生活用具給付事業）支給事務及び利用者負担額等の決定事務
- ☐ 特別障害者手当等支給（認定）事務
- ☐ 身体障害者用自動車改造費補助金交付決定事務
- ☐ 療育手帳の障害程度確認事務
- ☐ 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事務

令和 年 月 日

（申請者）住 所： _____

氏 名： _____

※申請者氏名について、自署でない場合は、記名押印してください。

（世帯員）氏 名： _____

氏 名： _____

氏 名： _____

氏 名： _____

氏 名： _____

単身赴任などの別世帯の保護者の有無

有 ・ 無

委任状

年 月 日

代理人 (窓口に来られる方)	住 所
	氏 名
	生年月日 年 月 日生

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限に関する一切を委任します。

委任事項	☐ 身体障害者手帳に関する各種申請手続き ☐ 療育手帳に関する各種申請手続き ☐ 精神障害者保健福祉手帳に関する各種申請手続き ☐ 自立支援医療（更生医療）費に関する各種申請手続き ☐ 自立支援医療（精神通院）費に関する各種申請手続き ☐ 自立支援医療（育成医療）費に関する各種申請手続き ☐ 障害福祉サービスに関する各種申請手続き ☐ 障害児通所支援（多子軽減を含む）に関する各種申請手続き ☐ 高額障害児通所給付費・高額障害福祉サービス等給付費等に関する各種申請手続き ☐ 補装具費支給に関する各種申請手続き ☐ 移動支援に関する各種申請手続き ☐ 日中一時支援に関する各種申請手続き ☐ 地域活動センターに関する各種申請手続き ☐ 日常生活用具に関する各種申請手続き ☐ 身体障害者等入浴サービス事業に関する各種申請手続き ☐ 意思疎通支援事業に関する各種申請手続き ☐ 特別障害者手当に関する各種申請手続き ☐ 障害児福祉手当に関する各種申請手続き ☐ その他（ ）に関する各種申請手続き
	付記事項
委任者 (委任する方)	住 所
	氏 名 ※自署でない場合は、記名押印してください。
	生年月日 年 月 日生
	連絡先

※ 代理人の本人確認を行いますので、必ず身分証明書等を持参ください。

写真あり書類（運転免許証、パスポート、障害者手帳等）は1種類で可

写真なし書類（健康保険証、年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書等）は2種類必要

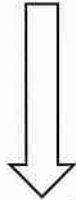
3.介護保険サービス移行フローと関係機関の役割分担

	年齢	社会福祉課	計画相談支援事業所	地域包括支援センター	介護福祉課	居宅介護支援事業所
サービス移行に得る期間	60歳	障害福祉サービス利用者をリストアップし計画相談支援事業所に提示	介護保険サービス移行の説明開始（サービス費のこと等）	※介護保険サービス等についての相談支援事業所等の相談窓口。		
	61歳		（サービス事業所等に動き始めたことを伝える）			
	62歳					
	63歳					
介護保険サービス利用に向けた調整期間	64歳 (65歳到達6か月前まで)		<u>①地域包括支援センターとの情報共有</u> 【提供書類】①基本情報 ②サービス等利用計画書 ③週間予定表 ④受給者証(写) <u>②65歳からのサービスプラン擦り合わせ</u> (地域包括支援センターとサービス支給量や想定される料金等の確認を行ない、大まかな移行プラン(案)を作成) <u>③共同訪問</u> (介護サービスの紹介や申請説明、また移行プラン(案)の提示) ※必要時、委託相談支援事業所も同行			
	(65歳到達3か月前)	●審査会の時期を介護福祉課に照会 (非該当の場合は障害支援区分再取得)			●要介護(要支援)認定申請受理 ●要介護(要支援)認定【調査～判定】	
	【要支援編】	→	プラン調整			
	【要介護編】	→	プラン調整	居宅事業所の選定支援		プラン調整
サービス開始	65歳		介護保険サービスのみ利用：計画相談支援事業所も6ヶ月継続支援 (居宅介護事業所等連携加算が算定できる場合あり)			
			障害福祉サービスと介護保険サービス併用：居宅介護支援事業所と計画相談支援事業所どちらが主に対応するか、サービス利用量や本人・親族の意向を踏まえ決定。			

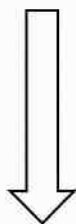
参考：岩沼市「障害福祉サービス」から「介護保険サービス」への移行について
～障害部門と高齢部門の連携による安心感のある移行を目指して～
(令和6年6月1日 岩沼市障害児者地域自立支援協議会 生活支援部会 作成)

【支給決定・利用開始までの流れ】

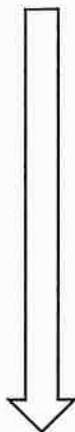
①電話



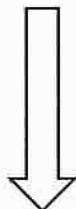
②申請（窓口：社会福祉課）



③調査



(ア)
(ウ)



(イ)

④審査会・判定



⑤サービス等利用計画案の作成



⑥支給決定（サービス利用開始）

- 障害福祉サービスの利用希望がある場合、調査の有無、提出書類確認のため、事前に社会福祉課にお電話でご相談ください。
- 児童発達支援(未就学児)を利用する場合は、健康増進課の担当保健師さんや保育所等の支援者と一緒に、申請前に面談を行います。

【持ち物】

- 申請に来る方の本人確認書類(免許証、マイナンバーカード等)
 - サービスを利用する方のマイナンバーがわかるもの
 - 障害福祉サービスの対象であることを確認するもの(者:P.3、児:P.69 参照)
- ※その他利用するサービスによって提出書類が異なる場合がございます。

【調査対象者】

- (ア) 就労系サービスを利用する方
 - (イ) 障害支援区分の認定を受けておらず、居宅介護や短期入所などの介護給付サービスを利用する方
 - (ウ) 障害児通所支援を利用する方
- ※この調査は1時間程度かかります。

審査会は毎月1回行われています。審査会の時期は申請日によって異なり、毎月10日までに申請すると、翌月の審査会で判定します。

【支給決定開始時期について】

必要な書類がすべてそろってから、受給者証を発行します。支給決定日以前に利用した場合は、自費となりますので、ご注意ください。

- 火曜日までに提出：翌週火曜日から利用開始
- 23日までに提出：翌月1日から利用開始

