

令和7年3月31日

指定特定相談支援事業所  
指定障がい児相談支援事業所  
管理者 様

大阪市福祉局障がい者施策部  
障がい福祉課長  
障がい支援課長

### サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案等の様式変更等について

平素は、本市障がい者施策の推進にご協力いただき、厚くお礼申し上げます。  
標題につきまして、次のとおり、様式の一部を変更しましたのでお知らせします。  
変更日以降の手続きにおきましては、作成途中の場合などを除き、新様式をご使用いただきますようお願いいたします。

### 記

#### 1. サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案等について

モニタリング頻度について、国においては、計画相談支援の標準的なモニタリング期間から「1年に1回」の区分が削除され、本市として様式上経過的に残置していましたが、これを見直し、モニタリング頻度の選択肢から削除します。

なお、モニタリング頻度の提案に当たっては、必要に応じて標準的なモニタリング期間よりも短くすることを検討するなど、利用者の個別状況等に応じた適切な頻度となるようご留意ください。

#### 2. 介護給付費等支給申請書等について

障がいのある方の負担軽減のため、申請書等の様式を変更して簡素化します。

これまで、新規申請、更新申請、変更申請の各々で別様式となっていましたが、新規申請、更新申請は同一の様式とし、利用者負担額の減額・免除に関する申請書と統合しました。

なお、障がい児給付に係る申請書類につきましても、児童発達支援センターの一元化に伴う医療型児童発達支援の表記の変更や本市記入欄の追加等、軽微な変更を行っております。  
詳しくは、各区保健福祉センターへお尋ねください。

### 3. 新様式について

添付の各様式のとおり。

- ・ サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案
- ・ サービス等利用計画・障がい児支援利用計画
- ・ 介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書 （新規・更新用）
- ・ 介護給付費等支給量 変更 申請書 兼 利用者負担額減額・免除等 変更 申請書
- ・ 児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書
- ・ 児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 利用者負担額減額・免除等申請書
- ・ 児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 支給内容等変更申請書
- ・ 児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 減免内容等変更申請書

### 4. 変更日

令和7年4月1日（火）

#### 【お問い合わせ先】

○計画相談支援に関すること

大阪市福祉局障がい者施策部障がい福祉課（担当：綾塚・柳澤・丸山）

電話 06-6208-7939 ファックス 06-6202-6962

○障がい児相談支援に関すること

大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課（担当：浦・原田）

電話 06-6208-8015 ファックス 06-6202-6962

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案（Ⅰ）

					利用者確認欄			
支給決定区名		計画案作成日	年 月 日					
利用者氏名(児童氏名)		障がい支援区分			相談支援事業者名			
保護者氏名		本人との続柄			計画作成担当者			
障がい福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号			モニタリング頻度の提案	毎月	3カ月毎月	6カ月毎月
通所受給者証番号		モニタリング期間(開始年月)	年 月			2カ月に1度	3カ月に1度	6カ月に1度

総合的な援助の方針								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

利用者との面接	面接日	年 月 日	利用者以外の面接者	利用者の家族（ ） その他（ ）				
	面接日	年 月 日	利用者以外の面接者	利用者の家族（ ） その他（ ）				

優先 順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成 時期	障がい福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案(Ⅱ)【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		保護者氏名		本人との続柄		障がい支援区分	
相談支援事業者名		計画作成担当者		計画開始年月			

		月	火	水	木	金	土	日・祝	備考
深夜帯	0:00								
	1:00								
	2:00								
	3:00								
	4:00								
	5:00								
早朝	6:00								
	7:00								
日中	8:00								
	9:00								
	10:00								
	11:00								
	12:00								
	13:00								
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
深夜帯	21:00								
	22:00								
	23:00								

※1週間の計画時間数(週間計画表より)…月の合計時間の算出方法は、週合計×4.5倍

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週合計	月合計
身体介護								0	
家事援助								0	
通院・乗降								0	
重度訪問								0 (0)	
行動援護 同行援護								0	

【週間計画に反映させにくい項目】

項目名	1回あたりの回数	月あたりの回数	月あたりの時間数
①	時間	× 回	時間
②	時間	× 回	時間
③	時間	× 回	時間

【1カ月の訪問系サービス(計画)時間】

身体介護	時間
家事援助	時間
通院・乗降	時間
重度訪問	時間
行動援護・同行援護	時間

【訪問系サービス以外の障がい福祉サービス項目】

①	日 / 月	②	日 / 月
---	-------	---	-------

【障がい福祉サービス以外の項目】

①	時間 / 月	②	時間 / 月
---	--------	---	--------

その他<sup>た と き じ こ う</sup>特記事項

申請者の現状(基本情報)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

2. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢	
住 所				電話番号	
	[持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他(            )]			FAX番号	
障がいまたは疾患名		障がい支援区分		性別	男    ・    女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)

生活歴 ※受診歴等含む

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障がい福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

## 申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障がい支援区分		相談支援事業者名	
				計画作成担当者	

[illegible]

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画（Ⅰ）

様

利用者確認欄

支給決定区名		計画作成日	年	月	日	相談支援事業者名			
利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分				利用者負担上限月額			
保護者氏名		本人との続柄				計画作成担当者			
障がい福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号				モニタリング頻度	毎月	3ヵ月毎月	6ヵ月毎月
通所受給者証番号		モニタリング期間（開始年月）	年	月			2ヵ月に1度	3ヵ月に1度	6ヵ月に1度
総合的な援助の方針									
サービス担当者会議	会議実施日	年	月	日	会議出席者	事業者等名称			
					担当者名				
優先順位	課題（本人のニーズ）	支援目標	達成時期	障がい福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項	
				種類・内容・量（頻度・時間）	提供事業者名（担当者名・電話）				
1									
2									
3									
4									
5									
6									



サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(Ⅱ)【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		保護者氏名		本人との続柄		障がい支援区分	
相談支援事業者名		計画作成担当者		計画開始年月			

		月		火		水		木		金		土		日・祝		備考	
深夜帯	0:00																
	1:00																
	2:00																
	3:00																
	4:00																
	5:00																
早朝	6:00																
	7:00																
日中	8:00																
	9:00																
	10:00																
	11:00																
	12:00																
	13:00																
	14:00																
	15:00																
	16:00																
	17:00																
	18:00																
夜間	19:00																
	20:00																
	21:00																
	22:00																
深夜帯	23:00																

※1週間の計画時間数(週間計画表より)…月の合計時間の算出方法は、週合計×4. 5倍

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週合計	月合計
身体介護								0	
家事援助								0	
通院・乗降								0	
重度訪問								0 (0)	
行動援護 同行援護								0	

【週間計画に反映させにくい項目】

項目名	1回あたりの回数	月あたりの回数	月あたりの時間数
①	時間	× 回	時間
②	時間	× 回	時間
③	時間	× 回	時間

【訪問系サービス以外の障害福祉サービス項目】

①	日 / 月	②	日 / 月
---	-------	---	-------

【障害福祉サービス以外の項目】

①	時間 / 月	②	時間 / 月
---	--------	---	--------

【1カ月の訪問系サービス(計画)時間】

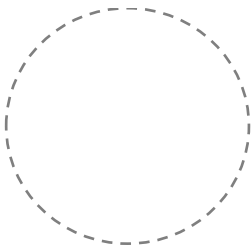
身体介護	時間
家事援助	時間
通院・乗降	時間
重度訪問	時間
行動援護・同行援護	時間

その他特記事項

--

(様式第1号)

介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書（新規・更新用）



(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

☐ 介護給付費等支給申請（新規・更新）【障がい支援区分認定（要・不要）】

☐ 利用者負担額減額・免除等申請（新規・更新）申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号																		
	氏名			受給者証番号																		
				生年月日		年 月 日																
	居住地	〒		—		電話番号														—		—
フリガナ				個人番号																		
支給決定に係る児童氏名				生年月日		年 月 日																
障がい者手帳の交付状況等		身体障がい者手帳（肢視聴言内）		級 療育手帳（A B1 B2）		精神障がい者保健福祉手帳（1級 2級 3級）				難病等（疾病名）												
障がい支援区分の認定状況		区分（）		有効期間		年 月 日 ~				年 月 日												
障がい児通所サービスの利用状況		受給者証番号（）																				
		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他（）																				
介護保険の利用状況		要介護認定 有・無		要介護度		非該当		要支援 1・2				要介護 1・2・3・4・5										
		利用中のサービス																				
現在のサービスの利用状況	介護給付サービス				訓練等給付サービス																	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)				<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)													
	<input type="checkbox"/> 身体介護		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練				<input type="checkbox"/> 自立生活援助( <input type="checkbox"/> ICT活用等)													
	<input type="checkbox"/> 家事援助		<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援		<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"/> 通院等介助		<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				<input type="checkbox"/> 就労定着支援													
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助		<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)													
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅													
	<input type="checkbox"/> 短期入所		地域相談支援給付費																			
	訓練等給付サービス				<input type="checkbox"/> 地域移行支援				<input type="checkbox"/> 地域定着支援													
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				計画相談支援給付費																	
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居				<input type="checkbox"/> 計画相談支援																		
<input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算の算定（ <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II）																						

申請するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)				区分認定が 不要 のサービス															
	介護給付サービス				訓練等給付サービス															
	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)				<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)											
	<input type="checkbox"/> 身体介護		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練				<input type="checkbox"/> 自立生活援助( <input type="checkbox"/> ICT活用等)											
	<input type="checkbox"/> 家事援助		<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援		<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"/> 通院等介助		<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				<input type="checkbox"/> 就労定着支援											
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助		<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)											
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅											
	<input type="checkbox"/> 短期入所		地域相談支援給付費																	
	訓練等給付サービス				<input type="checkbox"/> 地域移行支援				<input type="checkbox"/> 地域定着支援											
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				計画相談支援給付費																
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型				<input type="checkbox"/> 計画相談支援																
<input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着																				
就労継続支援を申請する場合のみ記入				障がい基礎年金1級の受給の有無				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし												

障がい支援区分の認定を行うにあたり、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名			医療機関名					
	医療機関所在地	〒		—					
電話番号						—		—	

※ 本人が届け出る場合は記入不要。事業者が本人の代理で届け出る場合は、氏名欄に事業者名称と担当者氏名、居住地欄に事業所所在地を記載。

届出者※	フリガナ					<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係				
	氏名					<input type="checkbox"/> 代行者					
	居住地	〒				—					
電話番号								—		—	

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者 서비스에 等利用計画案の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画案の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画案作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ (裏面もあります)

申請する減免の種類

利用者負担額の減額・免除を申請する方

(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。(当てはまる番号に○を付けてください。)

1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者

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、次のいずれか当てはまる方を選択してください。

☐ 障がい者又は障がい児の保護者の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が基準額以下

☐ 上記合計額が基準額を超える

※ここでの基準額とは、令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円です。

3. 市民税課税世帯であって、次のいずれかに該当する者

☐ ①居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<\*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がい児の場合は28万円)未満である者

☐ ②20歳未満の施設に入所する者<\*2>であって、世帯の所得割の合計額が28万円未満である者

☐ ③療養介護事業所を利用する20歳未満の者

療養介護事業所を利用する方

(Ⅱ)医療型個別減免に関する認定

☐ 下記に該当するため、医療型個別減免を申請します。<\*3>

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)

<20歳未満の方>

1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)

1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)

2. 市町村民税非課税世帯に属する者

医療保険における「入院時食事療養費標準負担額減額認定情報」について、次のいずれかを添付してください。

☐ 保険者が発行する入院時食事療養費標準負担額減額認定証

☐ マイナポータル画面を印刷したもの

☐ 保険者が発行する資格確認証

障がい者支援施設に入所する方

(Ⅲ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)

☐ 下記の要件に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。<\*3>

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)

<20歳未満の方>

1. 施設入所者であること(年齢 歳)

1. 施設入所者であること(年齢 歳)

2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者

グループホームに入居する方

(Ⅳ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)

☐ 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。

※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。

生活保護への移行予防措置を申請する方

(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。

※生活保護関係業務担当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してください。

<\*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。

<\*2> 「施設に入所する者」の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。

<\*3> 「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

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よる障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会することに同意します。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄

氏名

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)
- ② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

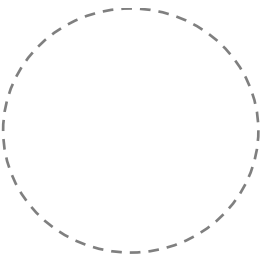
障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の12月31日時点の、年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数

人



(様式第18号)

介護給付費等支給量 変更 申請書 兼 利用者負担額減額・免除等 変更 申請書



(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

☐ 介護給付費等支給量等変更申請 【 障がい支援区分認定 ( 要 ・ 不要 ) 】

☐ 利用者負担額減額・免除等変更申請

		申請年月日		年		月		日											
申請者	フリガナ			個人番号															
	氏 名			受給者証番号															
				生年月日		年		月		日									
	居住地	〒		—		電話番号					—		—						
フリガナ				個人番号															
支給決定に係る 児 童 氏 名				生年月日				年		月		日							
障がい者手帳の 交 付 状 況 等		身体障がい者手帳 級 ( 肢 視 聴 言 内 ) )		療育手帳 ( A B1 B2 )		精神障がい者保健福祉手帳 ( 1級 2級 3級 )		難病等 ( 疾病名 )											
障がい支援区分の 認 定 状 況		区分 ( )		有効期間		年		月		日		～		年		月		日	
障がい児通所サービスの 利 用 状 況		受給者証番号 ( )																	
		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他( )																	
介 護 保 険 の 利 用 状 況		要介護認定 有 ・ 無 要介護度 非該当 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																	
		利用中のサービス																	

現在のサ ー ビ ス の 利 用 状 況	介護給付サービス				訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 身体介護		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		<input type="checkbox"/> 自立生活援助( <input type="checkbox"/> ICT活用等)	
	<input type="checkbox"/> 家事援助		<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援		<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"/> 通院等介助		<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助		<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)	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	
	<input type="checkbox"/> 短期入所				地域相談支援給付費			
	訓練等給付サービス				<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援			
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算の算定 ( <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II )				計画相談支援給付費			
				<input type="checkbox"/> 計画相談支援				

変 更 す る サ ー ビ ス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)				区分認定が 不要 のサービス			
	介護給付サービス				訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護				<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助				<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		<input type="checkbox"/> 自立生活援助( <input type="checkbox"/> ICT活用等)	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援		<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"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	
訓練等給付サービス								
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)								
変 更 内 容	(具体的な変更内容)				(サービスの利用を終了する場合に記載)			
	<input type="checkbox"/> 別添 サービス等利用計画案のとおり				<input type="checkbox"/> サービスの終了 (終了する年月日 年 月 日 )			
	<input type="checkbox"/> その他(以下余白に記載) (変更年月日 年 月 日)				(利用者負担の減額・免除等を変更する場合に記載) <input type="checkbox"/> 裏面のとおり (変更年月日 年 月 日 ) ※利用者負担上限月額を見直す場合は原則として申請の翌月からの適用			
就労継続支援を申請する場合のみ記入		障がい基礎年金1級の受給の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

支給内容の変更に伴い、障がい支援区分の認定が必要となる場合は、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主 治 医	医師の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒 — 電話番号 —		

※ 本人が届け出る場合は記入不要。 事業者が本人の代理で届け出る場合は、氏名欄に事業者名称と担当者氏名、居住地欄に事業所所在地を記載。

届 出 者 ※	フリガナ			<input type="checkbox"/> 代 理 人 <input type="checkbox"/> 代 行 者	申請者との関係
	氏 名				
	居住地	〒 — 電話番号 —			

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者 서비스에等利用計画案の作成提出を依頼することに同意します。  
サービス等利用計画案の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画案作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_ (裏面もあります)

介護給付費等支給量等 変更申請書 兼 利用者負担額減額・免除等 変更申請書

(うら面)

申請する減免の種類

利用者負担額の減額・免除を申請する方  
(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。(当てはまる番号に○を付けてください。)  
1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者  
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、次のいずれか当てはまる方を選択してください。  
☐ 障がい者又は障がい児の保護者の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が基準額以下  
☐ 上記合計額が基準額を超える  
※ここでの基準額とは、令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円です。  
3. 市民税課税世帯であって、次のいずれかに該当する者  
☐ ①居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<\*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がい児の場合は28万円)未満である者  
☐ ②20歳未満の施設に入所する者<\*2>であって、世帯の所得割の合計額が28万円未満である者  
☐ ③療養介護事業所を利用する20歳未満の者

療養介護事業所を利用する方  
(Ⅱ)医療型個別減免に関する認定  
☐ 下記に該当するため、医療型個別減免を申請します。<\*3>  

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)	<20歳未満の方>
1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)	1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)
2. 市町村民税非課税世帯に属する者	

医療保険における「入院時食事療養費標準負担額減額認定情報」について、次のいずれかを添付してください。  
☐ 保険者が発行する入院時食事療養費標準負担額減額認定証      ☐ マイナポータル画面を印刷したもの  
☐ 保険者が発行する資格確認証

障がい者支援施設に入所する方  
(Ⅲ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)  
☐ 下記の要件に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。<\*3>  

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)	<20歳未満の方>
1. 施設入所者であること (年齢 歳)	1. 施設入所者であること (年齢 歳)
2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者	

グループホームに入居する方  
(Ⅳ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)  
☐ 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。  
※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。

生活保護への移行予防措置を申請する方  
(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。  
※生活保護関係業務担当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してください。

<\*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。

<\*2> 「施設に入所する者」の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。

<\*3> 「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

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よる障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会することに同意します。

申請先    大   阪   市   長

申請者同意欄      氏名

① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)

② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の12月31日時点の、年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
--	---

(様式第1－1号)

児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書  
（提出先） 区保健福祉センター所長

申請年月日 年 月 日

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		個人番号													
	居 住 地	〒														
		電話番号														
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日												
			続 柄													
			個人番号													
支給申請に係る 児童の居住地	〒															
手 帳 等	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（番号） <input type="checkbox"/> 療育手帳（番号） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（番号） <input type="checkbox"/> 疾病名（）															
現在のサービスの利用状況	障がい児通所支援										障がい児入所支援					
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援					<input type="checkbox"/> 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）					<input type="checkbox"/> 障がい児入所支援					
	<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					
	<input type="checkbox"/> 医療型障がい児入所支援															
	利用中の施設名等										障がい児相談支援					
											<input type="checkbox"/> 障がい児相談支援					
申請するサービス	障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）															
	障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）															
	障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）															
	障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）															
	障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）															
	障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）															
主治医	氏名						医療機関名									
	所在地	電話番号														

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）			
氏 名			申請者との関係	
住 所	〒		電話番号	

※ 私が障がい児相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定障がい児相談支援事業者に障がい児支援利用計画書の作成提出を依頼することに同意します。また、支給決定に際し、必要となる相談記録や判定状況等について、関係先からの情報提供及び関係先への情報提供又は関係者が情報の閲覧をすることに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

〈 裏 面 へ 続 く 〉

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であって、合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が基準額以下のもの(※基準額：令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円) 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4. 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割28万円未満のもの
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 医療型障がい児入所施設入所者であること
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障がい児食費等給付費に関する認定 下記にあてはまるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。 福祉型障がい児入所施設入所者であること
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □特例補足給付)を申請します。 ※生活支援担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。
	<input type="checkbox"/> V 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。

いずれも、「世帯状況・収入申告書」及び事実関係を確認できる書類を添付してください。

次の賦課・受給状況等の照会について同意をされる方は、次の(1)(2)の項目にかかる、事実関係を確認できる書類の添付は必要ありません。

障がい児通所・入所支援に係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定にあたって、申請者(利用者)及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、大阪市長が以下の情報を、課税台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会し、その情報に基づいて、所得区分等を認定することに同意します。

- (1) 生活保護受給状況、市町村民税の賦課及び所得状況、加入医療保険に係る資格情報等
- (2) 特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当の受給状況等
- 以上の内容について、次の世帯員全員の承諾を得ています。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄

○世帯の状況等について

住民票上の世帯に属する世帯員(世帯範囲の特例を利用の場合はその世帯員)について、下の欄に記入してください。

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続柄	個人番号									
	年 月 日											
	年 月 日											
	年 月 日											
	年 月 日											
	年 月 日											

《 市使用欄 》

障がい児(通所・入所)給付を受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月の場合は前々年の12月31日時点の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数

人



(様式第1－2号)

児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 利用者負担額減額・免除等申請書

（提出先）

区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者	受給者証番号		医療受給者証番号																				
	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		続柄																					
		個人番号																					
障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）																							

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であって、合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が 基準額以下のもの（※基準額：令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円） 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4. 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割28万円未満のもの																
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 医療型障がい児入所施設入所者であること																
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障がい児食費等給付費に関する認定 下記にあてはまるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。 福祉型障がい児入所施設入所者であること																
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。 ※生活支援担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。																
	<input type="checkbox"/> V 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。																
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															

裏面の同意書にも必要事項を記入してください。

いずれも「世帯状況・収入申告書」及び事実関係を確認できる書類を添付してください。

次の賦課・受給状況等の照会について同意をされる方は、次の(1)(2)の項目にかかる、事実関係を確認できる書類の添付は必要ありません。

障がい児通所・入所支援に係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定にあたって、申請者(利用者)及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、大阪市長が以下の情報を、課税台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会し、その情報に基づいて、所得区分等を認定することに同意します。

(1) 生活保護受給状況、市町村民税の賦課及び所得状況、加入医療保険に係る資格情報等

(2) 特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当の受給状況等

以上の内容について、次の世帯員全員の承諾を得ています。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄

○世帯の状況等について

住民票上の世帯に属する世帯員（世帯範囲の特例を利用の場合はその世帯員）について、下の欄に記入してください。

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続柄	個人番号									
	年 月 日											
	年 月 日											
	年 月 日											
	年 月 日											
	年 月 日											

《 市使用欄 》

障がい児（通所・入所）給付を受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月の場合は前々年の12月31日時点の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数

人

(様式第17-1号)

## 児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 支給内容等変更申請書

( 提 出 先 )

区保健福祉センター所長

申請年月日

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	受給者証番号													医療受給者証番号											
	フリガナ												生年月日		年      月      日										
	氏名												生年月日		年      月      日										
	個人番号																								
	居住地		〒 電話番号																						
児童	フリガナ												生年月日		年      月      日										
	支給申請に係る 児童氏名												続柄												
	個人番号																								
	支給申請に係る 児童の居住地		〒																						
手帳等		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（番号                                  ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（番号                                  ） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（番号                                  ） <input type="checkbox"/> 疾病名（                                  ）																							
現在のサービスの利用状況	障がい児通所支援												障がい児入所支援												
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援				<input type="checkbox"/> 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）								<input type="checkbox"/> 障がい児入所支援												
	<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				<input type="checkbox"/> 医療型障がい児入所支援												
	障がい児相談支援								<input type="checkbox"/> 障がい児相談支援																
	障がい福祉サービス等の利用状況				利用中のサービスの種類と内容																				
申請するサービス	障がい児通所支援												障がい児入所支援												
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援				<input type="checkbox"/> 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）								<input type="checkbox"/> 障がい児入所支援												
	<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				<input type="checkbox"/> 医療型障がい児入所支援												
	障がい児相談支援								<input type="checkbox"/> 障がい児相談支援																
	変更を申請する理由																								

届出者 ※	フリガナ		申請者との関係	
	氏 名			
	居 住 地	〒  電話番号		

- ※ 保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。
- ※ 支給決定に際し、必要となる相談記録や判定状況等について、関係先からの情報提供及び関係先への情報提供又は関係者が情報の閲覧をすることに同意します。

氏名

(様式第 17-2 号)

児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 減免内容等変更申請書

（提出先） 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	受給者証番号		医療受給者証番号			
	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		続 柄				
		個人番号				
支給申請に係る 児 童 の 居 住 地	〒					
変 更 申 請 す る 減 免 の 種 類						
I 負担上限額の区分	次の区分の適用を申請します。 (あてはまるものにチェックしてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。) <input type="checkbox"/> 1 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が基準額以下のもの (※基準額：令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円) <input type="checkbox"/> 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの <input type="checkbox"/> 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割28万円未満のもの					
個別減免 II 医療型	次にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 医療型障がい児入所施設入所者であること					
給付 III 補足	次にあてはまるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。 福祉型障がい児入所施設入所者であること					
IV 境界層減免	生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。 ※生活支援担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。					
V 措置 多子軽減	多子軽減措置に係る下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものにチェックしてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。) <input type="checkbox"/> 1 第2子に該当する者 <input type="checkbox"/> 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。					

〈食事代に関すること〉

福祉型（通所・入所）	<input type="checkbox"/> I 負担上限額の区分のうち、1、2、3にあてはまらないかたで、市町村民税額（所得割）が28万円未満のかた。
医療型（入所）	入院食事標準負担額の軽減措置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有のかたは標準負担額減額認定証の写し等を添付してください。

〈裏面へ続く〉

いずれも、「世帯状況・収入申告書」及び事実関係を確認できる書類を添付してください。

次の賦課・受給状況等の照会について同意をされる方は、次の（１）（２）の項目にかかる、事実関係を確認できる書類の添付は必要ありません。

障がい児通所・入所支援に係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定にあたって、申請者（利用者）及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、大阪市長が以下の情報を課税台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会し、その情報に基づいて、所得区分等を認定することに同意します。

- （１）生活保護受給状況、市町村民税の賦課及び所得状況、加入医療保険に係る資格情報等
- （２）特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当の受給状況等

申請先 大 阪 市 長

申請者  
同意欄

◇世帯の状況等について

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続柄	個人番号											
	年 月 日													
	年 月 日													
	年 月 日													
	年 月 日													
	年 月 日													

届出者 (※)	フリガナ		申請者との関係	
	氏名			
	居住地	〒  電話番号		

※保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。

《 市使用欄 》

障がい児（通所・入所）給付を受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月の場合は前々年の12月31日時点の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
--	---