

別 記

第 1 号様式（第 2 条）

（表）

浦安市重度心身障がい者手当認定請求書

年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所
請求者 氏 名
電話番号

浦安市重度心身障がい者手当支給条例第 5 条第 1 項の規定により、重度心身障がい者手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて、受給資格の認定を請求します。

認 定 を 受 け よ う と す る 者	フリガナ										請 求 者		
	氏 名										と の 続 柄		
	生年月日										年 齢		
	住 所												
	個人番号												
	知的障がい	療育手帳	交 付 年 月 日										
			発 行 者										
			手 帳 番 号										
			障がいの程度										
	身体障がい	身体障害者手帳	交 付 年 月 日										
			発 行 者										
			手 帳 番 号										
			等 級										
	ねたきり身体障がい	身体障害者手帳	交 付 年 月 日										
発 行 者													
手 帳 番 号													
等 級													
介 護 者	フリガナ										認 定 を 受 け 取 る 者 と の 続 柄		
	氏 名												
	生年月日												
	住 所												

添付書類

- 1 認定を受けようとする者の戸籍の謄本又は抄本及び認定を受けようとする者の属する世帯の全員の住民票の写し
- 2 身体障害者手帳又は療育手帳の写し
- 3 ねたきり身体障がいに該当する者にあつては、ねたきり身体障がい者日常生活現況届（別記第 2 号様式）

※添付書類は、公簿等により確認することができる場合は省略することができます。

第5号様式（第5条）

浦安市重度心身障がい者手当受給者現況届

年 月 日

（宛先） 浦安市長

住 所
届出者 氏 名
受給者との続柄

浦安市重度心身障がい者手当支給条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

受 給 者	氏 名												
	住 所												
	個人番号												

① 障 が い の 内 容	
---------------------------------	--

注 必要に応じ、受給者に、医師等の診断又は更生相談所の判定を受けていただく場合があります。

② 施 設 等 へ の 入 所 状 況	
--	--

注 特別養護老人ホーム又は障害者支援施設に入所している場合は、国の特別障害者手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

③ 居 住 の 実 態	
----------------------------	--

注 手当の支給要件は、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されている重度心身障がい者です。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

④ 他 の 制 度 の 適 用 状 況	
--	--

注 国の特別障害者手当又は福祉手当を受給している場合は、手当の対象外となります。

⑤ 同 一 世 帯 に 属 す る 者 等	氏名	フリガナ	個人番号																
	生年月日		住 所																
	氏名	フリガナ	個人番号																
	生年月日		住 所																
	氏名	フリガナ	個人番号																
	生年月日		住 所																

添付書類

- 1 身体障害者手帳又は療育手帳の写し
- 2 特別養護老人ホーム等に入所している者については、当該施設入所に係る契約書その他これに類する書類の写し
- 3 国の特別障害者手当又は福祉手当を受給している者については、当該手当の認定に係る通知書その他これに類する書類の写し

※添付書類は、公簿等により確認することができる場合は省略することができます。

別 記

第 1 号様式（第 2 条）

(表)
浦安市心身障がい児手当認定請求書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

請求者 住 所
氏 名
電話番号

浦安市心身障がい児手当支給条例第 6 条第 1 項の規定により、心身障がい児手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて、受給資格の認定を請求します。

心	フリガナ										請求者 との続柄						
	氏 名																
	生年月日										年 齢						
	住 所																
	個人番号																
身	知的障がい	療育手帳	交付年月日														
			発 行 者														
			手 帳 番 号														
			障がいの程度														
障	身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日														
			発 行 者														
			手 帳 番 号														
			等 級														
が	ねたきり身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日														
			発 行 者														
			手 帳 番 号														
			等 級														
い	ねたきり身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日														
			発 行 者														
			手 帳 番 号														
			等 級														
児	フリガナ										心身障がい児との 続 柄						
	氏 名																
	生年月日		個人番号														
	住 所																

添付書類

- 心身障がい児及び保護者の戸籍の謄本又は抄本並びに心身障がい児及び保護者の属する世帯の全員の住民票の写し
- 心身障がい児の身体障害者手帳又は療育手帳の写し（更生相談所又は児童相談所の判定を受けることが困難な心身障がい児にあっては、医師の証明書）
- ねたきり身体障がいに該当する者にあっては、ねたきり身体障がい児日常生活現況届（別記第 2 号様式）

※添付書類は、公簿等により確認することができる場合は省略することができます。

第5号様式（第5条）

浦安市心身障がい児手当受給者現況届

年 月 日

（宛先） 浦安市長

届出者 住所
氏名
受給者との続柄

浦安市心身障がい児手当支給条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

受給者	氏名											
	住所											
	個人番号											
心身障がい児	氏名											
	住所											
	個人番号											

①障がいの内容											
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注 必要に応じ、心身障がい児に、医師等の診断又は更生相談所若しくは児童相談所の判定を受けていただく場合があります。

②施設等への入所状況											
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注 心身障がい児が障害児入所施設等に入所している場合は、国の障害児福祉手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

③受給者及び心身障がい児の居住の実態											
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注 手当の支給要件は、保護者が、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されていることです。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

④心身障がい児と同一世帯に属する者 (受給者を除く。)	氏名	フリガナ	個人番号																		
	生年月日		住 所																		
	氏名	フリガナ	個人番号																		
	生年月日		住 所																		
	氏名	フリガナ	個人番号																		
	生年月日		住 所																		

添付書類

- 1 心身障がい児の身体障害者手帳又は療育手帳の写し（更生相談所又は児童相談所の判定を受けることが困難な心身障がい児にあっては、医師の証明書）
 - 2 障害児入所施設等に入所している者については、当該施設等へ入所していることを証する書類の写し
- ※添付書類は、公簿等により確認することができる場合は省略することができます。

別 記

第 1 号様式 (第 6 条第 1 項)

浦安市障がい者等日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
対象者との続柄
電話番号

日常生活用具の給付等を受けたいので、浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則第 6 条第 1 項の規定により申請します。

対 象 者	フリガナ		生年												
	氏 名		月 日	(歳)											
	住 所														
	個 人 番 号														
	身体障害者手帳							療 育 手 帳							
	精神障害者 保健福祉手帳							難病名(疾病名)							
障 が い 見 の 保 護 者	氏 名	フリガナ			生 年 月 日										
	住 所														
	個 人 番 号														
	氏 名	フリガナ			生 年 月 日										
	住 所														
	個 人 番 号														
給付を受けたい日常生活用具の名称															
日常生活用具取扱事業者名															
居宅生活	住宅の状況														
動作補助	改修する場所														
用 具	改修する理由														

申請者と同 一の世帯に 属する者等 (保護者を 除く。)	氏名	フリガナ	個人番号																	
	生年月日		住所																	
	氏名	フリガナ	個人番号																	
	生年月日		住所																	

同意署名欄

日常生活用具の給付等の申請に当たり、以下の事項について同意するので署名します。

- 1 費用の負担に必要な市町村民税課税状況に関する事実（同一世帯かつ同一生計者のものを含む。）について、市長が確認すること。
- 2 介護保険法第9条第2号に規定する第2号被保険者にあつては、同法第45条第1項の規定による居宅介護住宅改修費の支給又は同法第57条第1項の規定による介護予防住宅改修費の支給が完了していること、及び当該支給額について、市長が確認すること。

年 月 日 世帯代表者氏名

(別世帯で同一生計者がいる場合) 別世帯代表者氏名

備考

- 1 日常生活用具の種目及びその価格が記載された見積書（当該日常生活用具の給付が取付工事を伴うものであるときは、併せて当該取付工事に要する費用の額が記載されたもの）並びに日常生活用具の概要が分かる資料（カタログ等）を添付してください。
- 2 指定された日常生活用具の給付等の場合は、医師の意見書を添付してください。
- 3 正弦波インバーター発電機、ポータブル電源（蓄電池）又はDC/ACインバーターの給付については、別に定める性能要件に該当するもののみとします。
- 4 居宅生活動作補助用具の給付等の場合は、次に掲げるものを添付してください。
 - (1) 工事計画書（別記第2号様式）
 - (2) 工事図面
 - (3) 工事見積書
 - (4) 家屋所有者の改修工事承諾書（別記第3号様式）
- 5 点字図書の給付を受けようとするときは、出版施設が発行する点字図書発行証明書を添付してください。
- 6 申請者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度分）のもの）を添付してください。ただし、市長が確認することができる場合であつて、市長が課税状況を確認することに同意した場合は、不要です。

別 記

第 1 号様式 (第 3 条第 1 項)

浦安市精神障がい者入院医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

郵便番号	
住 所	
フリガナ	
申請者氏名	
電 話	—

精神障がい者入院医療費の助成を受けたいので、浦安市精神障がい者入院医療費の助成に関する条例第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

記

										受 給 番 号			
フリガナ										生 年 月 日		年 月 日	
精神障がい者氏名													
個 人 番 号													
加 入 保 険	保険者名称	電話() —						区 分		1 被保険者(本人) 2 被扶養者(家族)			
	保険者番号			記号			番 号						
	資格取得年月	年 月 日		附加給付	有()・無								
対 象 者 と 同 一 の 世 帯 に 属 す る 者 等	氏 名	フリガナ		個人番号									
	生年月日			住 所									
	氏 名	フリガナ		個人番号									
	生年月日			住 所									
	氏 名	フリガナ		個人番号									
	生年月日			住 所									

支払方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 振込み	振込先	金融機関名		支店名	
		預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号	名義 (カタカナ)	
添付書類 領収書(診療報酬の明細が記載されたもの)及び附加給付金の通知書(附加給付のある方のみ)					

医療機関証明欄※					
入院	診療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	入院日数	日	診療報酬点数	点	
	一部負担割合	%	一部負担金の額	円	
	入院食事標準負担額	円 (円× 日)	合計金額	円	
上記のとおり証明します。			証明手数料	円	
年 月 日		所在地 医療機関 名称 氏名			

※領収書を紛失した場合の医療機関証明欄

別 記

第 1 号様式 (第 5 条)

浦安市障がい者等移動支援利用申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所
氏名
電話 ()

移動支援を利用したいので、浦安市障がい者等移動支援事業の実施に関する規則第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

障がい者 又 は 障がい児	フリガナ											生年月日		
	氏名											年 月 日 (歳)		
	個人番号													
	住所													
	電話番号													
障がい児 の保護者 ※1	保護者氏名	フリガナ											生年月日	
	保護者住所※2													
	個人番号													
	保護者氏名	フリガナ											生年月日	
保護者住所※2														
個人番号														
認定を受けている障がい	身体障がい	身体障害者手帳等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい)												
	知的障がい	(1) 療育手帳(Ⓐ・Ⓐ)の1・Ⓐ)の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他)												
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他 (自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・その他()												
	難病疾患	疾患名()												
要介護認定	有・無 要介護度 ()	通園・通学時における利用の希望※3					有・無	身体介護の必要性		有・無				

別 記

第 1 号様式 (第 4 条)

浦安市障がい者等日中一時支援利用申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住 所
氏 名
電 話 ()

日中一時支援を利用したいので、浦安市障がい者等日中一時支援事業の実施に関する規則第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

障がい者 又 は 障がい児	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日 (歳)
	個人番号		
	住所		
	電話番号		
障がい児 の保護者 ※1	保護者氏名	フリガナ	生年月日
	保護者住所※2		
	個人番号		
	保護者氏名	フリガナ	生年月日
保護者住所※2			
個人番号			
認定を受けている障がい	身体障がい	身体障害者手帳 等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・肢体不自由・内部障がい)	
	知的障がい	(1) 療育手帳(Ⓐ・Ⓐ)の1・Ⓐ)の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他)	
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他(自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・その他()	
	難病疾患	疾患名()	
備 考			

申請者と同一の世帯に属する者等 (保護者を除く。)	氏名	フリガナ -----	個人番号																				
	生年月日		住 所																				
	氏名	フリガナ -----	個人番号																				
	生年月日		住 所																				
	氏名	フリガナ -----	個人番号																				
	生年月日		住 所																				

- 注 1 ※1欄は、障がい児(18歳未満)の場合のみ記入してください。
- 2 ※2欄は、障がい児(18歳未満)と住所が異なる場合のみ記入してください。

別 記

第 1 号様式（第 5 条第 1 項）

浦安市障がい者グループホーム入居者家賃助成申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

年度浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成を受けたいので、浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成に関する規則第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

申請者（入居者）	フリガナ		生年月日											
	氏 名													
	住 所				電話番号									
	個人番号													
入居者と同一の世帯に属する者等	フリガナ		生年月日											
	氏 名													
	住 所													
	個人番号													
	フリガナ		生年月日											
	氏 名													
	住 所													
	個人番号													
	フリガナ		生年月日											
	氏 名													
	住 所													
	個人番号													
入居しているグループホーム	所在地													
	名 称													
申 請 額				月額		円								
市町村民税が非課税である事実について、市長が確認することに同意するので、署名します。														
氏 名														

添付書類

- 1 契約書の写し又はこれに類する書類の写し
- 2 市町村民税の非課税証明書（当該書類に係る事実について市長が確認することができる場合であって、市長がその事実を確認することについて同意したときは省略することができます。）

別 記

第 1 号様式 (第 4 条第 1 項)

浦安市成年後見人等報酬助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 氏名

成年後見人等 氏名

成年後見人等の報酬の助成金の交付を受けたいので、浦安市成年後見人等の報酬の助成に関する規則（以下「規則」という。）第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

後見等の区分(該当する□にレ印を付けること。)		□後見 □保佐 □補助									
成年被後見人等	住 所										
	氏 名				生年 月日	年 月 日			(歳)		
	電 話	()									
	個人番号										
成年後見人等	住 所										
	氏 名										
	電 話	()									
報酬付与の審判による報酬決定額及び対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 円										
生活保護受給	有・無	受給している場合開始日			年 月 日						
施設入所の場 合	施設名										
	入所日	年 月 日									

※規則第 4 条第 1 項各号に掲げる書類を添付すること。

※個人番号欄は、障がい者手帳の交付を受けている方のみ記入してください。

振込先	金融機関名			支店名		
	預金種目	普通・当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義					

別 記

第 1 号様式（第 5 条）

浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所
氏名
電話 ()

補聴器の購入費用の助成を受けたいので、浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用の助成に関する規則第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

購入を希望する補聴器の種類		別添意見書のとおり												
購入を希望する業者名	名称													
	所在地													
	電話													
交付対象児童	氏名	フリガナ						生年月日						
	個人番号													
交付対象児童と同一の世帯に属する者等														
氏 名	フリガナ							個人番号						
生年月日							住所							
氏 名	フリガナ							個人番号						
生年月日							住所							
氏 名	フリガナ							個人番号						
生年月日							住所							
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関		最近 5 年間の補聴器の購入状況				右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> この制度に基づく助成金交付 <input type="checkbox"/> 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基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他							
備考														

別 記

第 1 号様式 (第 5 条第 1 項)

浦安市身体障がい者福祉センター利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市身体障がい者福祉センター指定管理者

住 所
申請者 氏 名
電話番号

身体障がい者福祉センターを利用したいので、浦安市身体障がい者福祉センターの設置及び管理に関する条例第 8 条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな												
	氏 名												
	生年月日	年 月 日 (歳)											
	個人番号												
	住 所												
	電話番号												
利 用 者 と 同 一 の 世 帯 に 属 す る 者 等	氏 名	ふりがな	個人番号										
	生年月日		住 所										
	氏 名	ふりがな	個人番号										
	生年月日		住 所										
	氏 名	ふりがな	個人番号										
	生年月日		住 所										

別 記

第 1 号様式 (第 5 条第 1 項)

浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業を利用したいので、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業の実施に関する規則第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所		
	連絡先電話番号		
	緊急時電話番号		
	ファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		
	個 人 番 号		
認定を受けている障がい	身 体 障 が い	身体障害者手帳 等級 (1・2・3・4・5・6) 種類 (視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい)	
	知 的 障 が い	(1) 療育手帳 (Aの1・Aの2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他 (診断書・判定・その他)	
	精 神 障 が い	(1) 精神障害者保健福祉手帳 (1・2・3) (2) その他 (自立支援医療 (精神通院) 受給者証・年金証書 (精神を事由) ・診断書・ その他 ()	
	難 病 患 者	疾病名	
修 学 する 大学等	名 称		
	所 在 地		
	入 学 年 月 日		
希 望 する 事業者	名 称		
	所 在 地		
	連絡先電話番号		

申請者 と同一 の世帯 に属す る者等	氏名	フリガナ -----	個人番号																	
	生年 月日		住 所																	
	氏名	フリガナ -----	個人番号																	
	生年 月日		住 所																	
	氏名	フリガナ -----	個人番号																	
	生年 月日		住 所																	

同意書

この申請に当たり、以下の事項に同意するので署名します。

- 1 市町村民税の課税状況について、市長が確認すること。
- 2 市長が、雇用されている企業に対し、就労の状況等を確認すること。
- 3 利用助成金に係る請求及び受領の権限を、当該重度障がい者等就労支援特別事業を行った事業者委任すること。

(自署)

氏名 _____