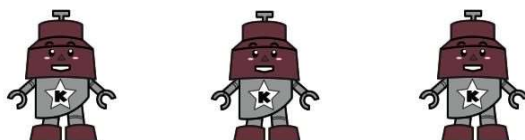


計画相談支援・障害児相談支援

事務マニュアル

—第4版—

(事業者用)



川口市障害福祉課

令和3年4月

【目次】

I. 計画相談支援・障害児相談支援とは	1
II. サービス等利用計画・障害児支援利用計画とは	1
III. サービスの利用開始までの流れ	2
IV. 対象者	3
V. 提出書類	6
VI. 具体的手続き	7
VII. モニタリング期間の設定	14
VIII. その他	19
IX. 参考資料集	36



I 計画相談支援・障害児相談支援とは

「計画相談支援・障害児相談支援」とは、指定特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者が、主に下記の支援をおこなうサービスです。

1) サービス利用支援

ご本人の生活に対する意向や悩み等を聞きながら、利用計画（サービス利用計画・障害児支援利用計画）を作成する。

2) 継続サービス利用支援

障害福祉サービスが適切に提供されているか、計画がご本人の現状や希望と合っているか等を確認し、計画の定期的な見直し(モニタリング)を行う。

3) 基本相談支援

障害者等・障害児の保護者・介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報提供、助言、障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行う。

※計画相談支援・障害児相談支援のサービスの質の標準化を図る観点から、1人の相談支援専門員が1月に実施するサービスの利用支援等の標準担当件数（6ヶ月平均35件）を設定。

II サービス等利用計画・障害児支援利用計画とは

サービス等利用計画とは、障害児者の生活を総合的に支援する計画をいいます。障害児支援利用計画とは、障害児通所支援を利用している一連の業務をいいます。

両計画とも、ケアマネジメント手法を活用し、障害者のニーズや置かれている状況を勘案して、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅等の総合的な視点から、地域での自立した生活を支えるために作成するものです。また、その人自身の生き方、生活を一緒に考え、「現在の困りごと」だけでなく、将来どのような生活をしていきたいかなどを視野に入れた【将来計画】を作成します。

なお、計画は希望により利用者本人や家族・支援者等、相談支援事業所以外の方が作成する「セルフプラン」で実施することができます。

※本人のニーズに沿った安心・安全な生活を実現するため、フォーマル、インフォーマルを問わず、地域の社会資源を活用して作成する。

※本人の生活を支援するチーム支援の指標になる。

※各サービス提供事業所の個別支援計画の基礎となる。

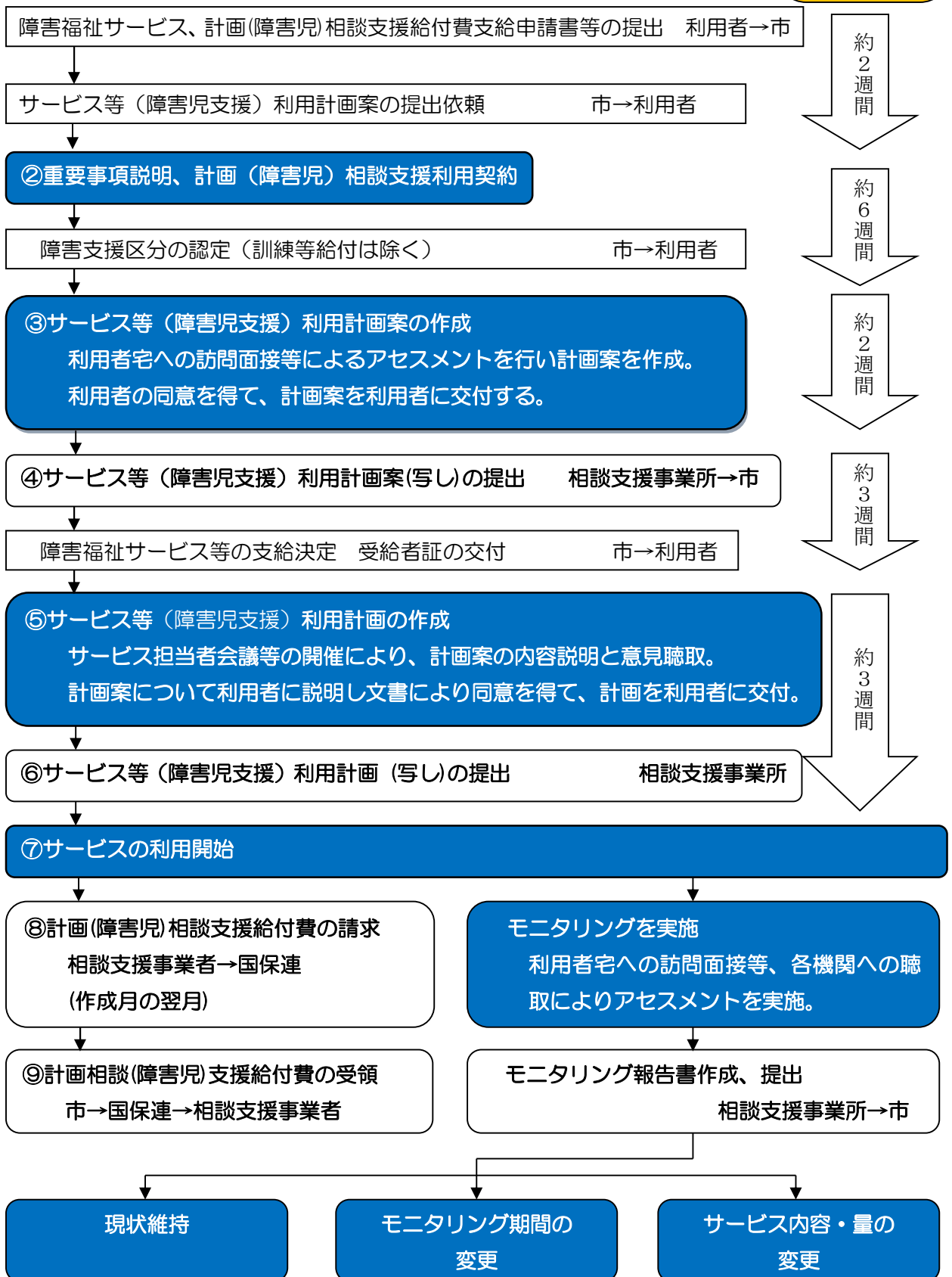
※市が支給決定する参考となる。

※地域のネットワーク、社会資源の評価がされることで地域の不足するサービスに気づき、自立支援協議会等につなげていく。 など

Ⅲ サービスの利用開始までの流れ

※標準処理期間は目安

標準処理期間



IV 対象者

計画(障害児)相談支援の対象者は、原則、サービスを利用するすべての障害者となります(別表 1、2、3 参照)。

別表 1 計画相談支援(障害者総合支援法)の対象者

	対象者
サービス 利用支援	障害福祉サービスの申請若しくは変更の申請に係る障害者若しくは障害児の保護者又は地域相談支援の申請に係る障害者
継続サービス 利用支援	指定特定相談支援事業者が提供したサービス利用支援によりサービス等利用計画が作成された支給決定障害者等又は地域相談支援給付決定障害者

別表 2 障害児相談支援(児童福祉法)の対象者

	対象者
障害児 支援利用援助	通所給付決定の申請若しくは変更の申請に係る障害児の保護者
継続障害児 支援利用援助	指定障害児相談支援事業者が提供した障害児支援利用援助により障害児支援利用計画が作成された通所給付決定保護者

※申請者が、介護保険制度のサービスを利用する場合については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成対象者となります。しかし、下記にあげる障害福祉サービス固有のものと認められるサービスの利用を希望する場合であって、市が作成の必要性を認める場合に限り、対象とします。

【障害福祉サービス固有のものと認められるサービス】

行動援護、同行援護、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援など

※当該年度に卒業を迎える方について、進路相談を開始する時点で、障害者相談支援センター等も含めた相談支援の協力をお願いすることがあります。

※申請者が、障害児通所支援と障害福祉サービスの両方を利用する場合には、障害児支援利用計画の作成対象者となります。また、高校在学中に18歳に到達し放課後等デイサービスと障害福祉サービスを併給している方については、放課後等デイサービスを利用している間については、障害児相談支援給付を算定することとなります。放課後等デイサービスの利用が終了した時点で、計画相談支援給付費を算定することとなります。

※申請者自身や家族が、サービス等(障害児支援)利用計画を作成する場合には、申請者又は家族が作成したサービス等利用計画(セルフプラン)を市に提出します。

別表3 利用するサービスと対象となる相談支援の種類

	利用するサービス	計画 相談支援	障害児 相談支援
障 害 者	障害福祉サービスのみ	○	×
	地域相談支援のみ(地域移行・定着)	○	
	地域生活支援事業のみ(移動・日中・地活等)	×	
	障害福祉サービス + 地域生活支援事業	○	
	地域相談支援 + 地域生活支援事業	○	
	障害福祉サービス (行動援護、同行援護、自立訓練(生活訓練)、 就労移行(継続)支援等) + 介護保険制度のサービス	△	
障 害 児	障害福祉サービスのみ	○	×
	障害児通所支援のみ	×	○
	地域生活支援事業のみ(移動・日中・地活等)	×	
	障害福祉サービス + 障害児通所支援	×	○
	障害福祉サービス + 地域生活支援事業	○	×
	障害児通所支援 + 地域生活支援事業	×	○

※「障害福祉サービス」とは、介護給付費、訓練等給付費のサービスを示します。

V 提出書類 市に提出する「サービス等利用計画」「障害児支援利用計画」の様式

支給決定プロセス	福祉サービス	「サービス等利用・障害児相談支援利用計画」の様式								
	申請様式	申請様式		別紙		原本		原本		原本
	障害福祉サービス・障害児通所支援申請書（変更も含む）	障害児相談支援給付費支給申請書（様式第18号）	計画（障害児）相談支援依頼（変更）届出書	申請者の現状（基本情報）	申請者の現状（基本情報）現在の生活	サービス等（障害児支援）利用計画案	サービス等（障害児支援）利用計画案（週間）	サービス等（障害児支援）利用計画	サービス等（障害児支援）利用計画（週間）	モニタリング報告書
1 新規	○ ※1	○	○	○	○	○	○	●	●	
2 モニタリング月	(1):サービス種類や量の変更 ○ ※2	○		△ ※3	△ ※3	○	○	●	●	○
	(2):モニタリング期間のみ変更		○							○
	(3):(1)・(2)以外の変更 ※3									○
	(4):変更なし									○
3 更新	(1):サービス種類や量の変更 ○ ※2	○		△ ※3	△ ※3	○	○	●	●	○
	(2):(1)以外 ○ ※2	○						●	●	○
4 変更 ※4	(1):サービス種類や量の変更 ○ ※2	○		△ ※3	△ ※3	○	○	●	●	○
	(2):モニタリング期間のみ変更		○							○
	(3):相談支援事業所の変更		○	○						

○：サービス利用開始希望日の2週間前までに○の書類をそろえて提出。

●：翌月10日までに●の書類をそろえて提出。

※1：セルフプランから計画相談へ移行した場合は不要。

※2：区分認定を伴う場合は、福祉サービス申請書を認定終了日の2か月前までに提出。

※3：生活状況等が大きく変化した場合に提出。

具体例として、サービス提供事業所、支給曜日（支給量は除く）、目標等の変更の場合。

※「障害福祉サービス」とは、介護給付費、訓練等給付費を示します。

※モニタリング報告書について

・モニタリング月以外の変更の場合。市への連絡が必要です。

・モニタリング報告書は、原則モニタリング該当月に提出します。

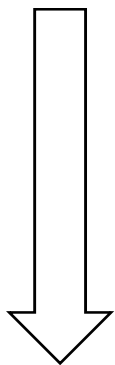
ただし変更や更新を伴わないモニタリング月においては、月末にモニタリングを実施せざるを得なかった場合等、やむを得ない場合に限り市担当者に事前連絡のうえ翌月10日までの提出を可とします。

※請求単位は相談支援事業所の報酬区分によって異なります。

Ⅵ 具体的な手続き

1. 新規

① 申請者 ⇒ 市



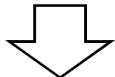
[福祉サービスの申請関係]

- 「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」(様式第1号)
- 障害児通所給付費申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第3号)

[計画相談支援の申請関係]

- 「計画(障害児)相談支援給付費支給申請書」(様式第18号/23号)
- 「計画(障害児)相談支援依頼(変更)届出書」

② 市 ⇒ 申請者



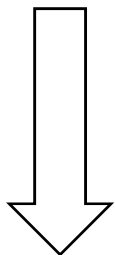
「サービス等(障害児支援)利用計画案提出依頼書」

③ 市 ⇒ 申請者(障害支援区分認定が必要な方のみ)



「障害支援区分認定通知書」送付

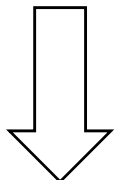
④ 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市



[計画案関係] サービス利用開始希望日の約2週間前に提出

- 「申請者の現状(基本情報)」(別紙1)
- 「申請者の現状(基本情報)現在の生活」(別紙2)
- 「川口市サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」
- 「サービス等(障害児支援)利用計画案(週間計画表)」

⑤ 市 ⇒ 申請者



「支給決定通知書」

「計画(障害児)相談支援給付費支給(却下)決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

⑥ 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市

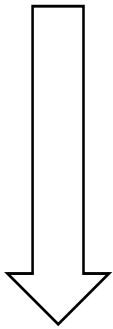
[計画関係] 翌月10日までに提出

- 「川口市サービス等利用(障害児支援)利用計画」(写し)
- 「サービス等(障害児支援)利用計画(週間計画表)」(写し)

2. モニタリング月

(1) サービス種類や量の変更

① 申請者 ⇒ 市



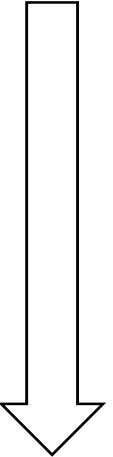
[障害福祉サービスの申請関係]

- 「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)
- 障害児通所給付費申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第3号)

[計画(障害児)相談支援の申請関係]

- 「計画(障害児)相談支援給付費支給申請書」(様式第18号/23号)

② 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市



[モニタリング関係]

- 「川口市モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)」

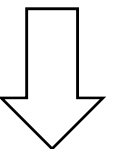
[計画案関係] サービス変更開始希望日の約2週間前に提出

- 「川口市サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」
- 「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(週間計画表)」

※必要に応じ提出

- 「申請者の現状(基本情報)」(別紙1)
- 「申請者の現状(基本情報)現在の生活」(別紙2)

③ 市 ⇒ 申請者



「支給決定通知書」「変更決定通知書」

「計画(障害児)相談支援給付費支給(却下)決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

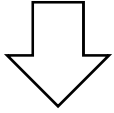
④ 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市

[計画関係] 翌月10日までに提出

- 「川口市サービス等(障害児支援)利用計画」(写し)
- 「サービス等(障害児支援)利用計画(週間計画表)」(写し)

(2) モニタリング期間のみ変更

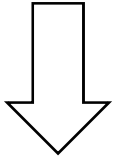
① 申請者 ⇒ 市



[計画（障害児）相談支援の申請関係]

○「計画（障害児）相談支援給付費支給申請書」（様式第 18 号 / 23 号）

② 指定特定（障害児）相談支援事業所 ⇒ 市



[モニタリング関係]

○「川口市モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用
援助）」

③ 市 ⇒ 申請者

「計画相談（障害児）支援給付費支給（却下）決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

(3) (1)(2) 以外の変更

① 指定特定（障害児）相談支援事業所 ⇒ 市

[モニタリング関係]

○「川口市モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用
援助）」

(4) 変更なし

① 指定特定（障害児）相談支援事業所 ⇒ 市

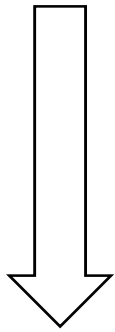
[モニタリング関係]

○「川口市モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用
援助）」

3. 更新

(1) サービス種類や量の変更

① 申請者 ⇒ 市



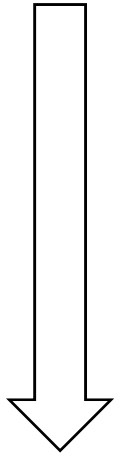
[福祉サービスの申請関係]

- 「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」(様式第1号)
- 障害児通所給付費申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第3号)

[計画(障害児)相談支援の申請関係]

- 「計画(障害児)相談支援給付費支給申請書」(様式第18号/23号)

② 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市



[モニタリング関係]

- 「川口市モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)」

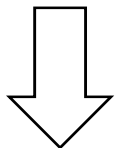
[計画案関係] サービス変更開始希望日の約2週間前に提出

- 「川口市サービス等(障害児支援)利用計画案」
- 「サービス等(障害児支援)利用計画案(週間計画表)」

※必要に応じ提出

- 「申請者の現状(基本情報)」(別紙1)
- 「申請者の現状(基本情報)現在の生活」(別紙2)

③ 市 ⇒ 申請者



「支給決定通知書」

「計画(障害児)相談支援給付費支給(却下)決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

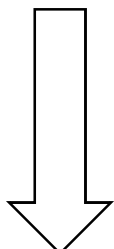
④ 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市

[計画関係] 翌月10日までに提出

- 「川口市サービス等(障害児支援)利用計画」(写し)
- 「サービス等(障害児支援)利用計画」(写し)

(2)(1) 以外

① 申請者 ⇒ 市



[福祉サービスの申請関係]

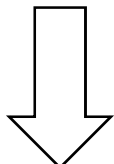
○「介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第1号)

○障害児通所給付費申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第3号)

[計画(障害児)相談支援の申請関係]

○「計画(障害児)相談支援給付費支給申請書」(様式第18号/23号)

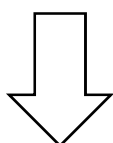
② 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市



[モニタリング関係]

○「川口市モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)」

③ 市 ⇒ 申請者



「支給決定通知書」

「計画(障害児)相談支援給付費支給(却下)決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

④ 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市

[計画関係] 翌月10日までに提出

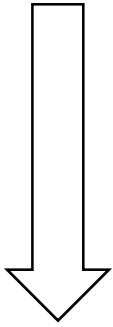
○「川口市サービス等(障害児支援)利用計画」(写し)

○「サービス等(障害児支援)利用計画」(写し)

4. 変更

(1) サービス種類や量の変更

① 申請者 ⇒ 市



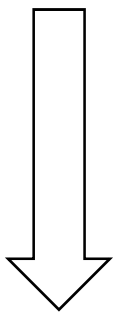
[福祉サービスの申請関係]

- 「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)
- 障害児通所給付費申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第10号)

[計画(障害児)相談支援の申請関係]

- 「計画(障害児)相談支援給付費支給申請書」(様式第18号/23号)

② 指定特定・障害児相談支援事業所 ⇒ 市



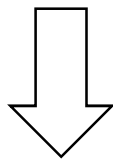
[計画案関係] サービス変更開始希望日の約2週間前に提出

- 「川口市サービス等(障害児支援)利用計画案」
- 「サービス等(障害児支援)利用計画案(週間計画表)」

※必要に応じ提出

- 「申請者の現状(基本情報)」(別紙1)
- 「申請者の現状(基本情報)現在の生活」(別紙2)

③ 市 ⇒ 申請者



「支給(給付)変更決定通知書」

「計画(障害児)相談支援給付費支給(却下)決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

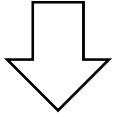
④ 指定特定(障害児)相談支援事業所 ⇒ 市

[計画関係] 翌月10日までに提出

- 「川口市サービス等(障害児支援)利用計画」(写し)
- 「サービス等(障害児支援)利用計画(週間計画表)」(写し)

(2) モニタリング期間のみ変更

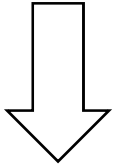
① 申請者 ⇒ 市



[計画（障害児）相談支援の申請関係]

○「計画（障害児）相談支援給付費支給申請書」（様式第 18 号 / 23 号）

② 指定特定（障害児）相談支援事業所 ⇒ 市



[モニタリング関係]

○「川口市モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用
援助）」

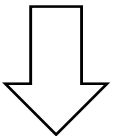
③ 市 ⇒ 申請者

「計画（障害児）相談支援給付費支給（却下）決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

(3) 指定特定（障害児）相談事業所の変更

① 申請者 ⇒ 市



[計画相談支援の申請関係]

○「計画（障害児）相談支援給付費支給申請書」（様式第 18 号 / 23 号）

○「計画（障害児）相談支援依頼（変更）届出書」

② 市 ⇒ 申請者

「計画（障害児）相談支援給付費支給（却下）決定通知書」

「障害福祉サービス受給者証」

Ⅶ モニタリング期間の設定

(1) モニタリング期間

モニタリング期間については、指定特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者（計画作成担当）の提案を踏まえて、以下の勘案事項及び期間を勘案して、市が個別の対象者ごとに定めます。一般的には、状態が不安定で障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を頻回に行わなければならない場合等はモニタリング期間が短くなることが想定され、逆に状態が安定している場合等はモニタリング期間が長くなることが想定されます。

標準のモニタリング期間は、下記のとおりです。

標準期間（厚生労働省令一部抜粋）

- ① 新規又は変更決定によりサービス内容に著しく変更があった者 ※④を除く
→ 利用開始から3ヶ月間、毎月実施
- ② 在宅の障害福祉サービス利用者（障害児通所支援を含む）又は地域定着支援利用者 ※①を除く
 - ア 以下の者（現行制度の対象者） → 毎月実施
 - ・ 障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者
 - ・ 単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者
 - ・ 常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する者（ただし、重度障害者等包括支援の支給決定を受けていない者に限る。）
 - イ ア以外の者
 - 1、就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助、居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、自立訓練 → 3ヶ月ごとに1回実施 ※
 - 2、生活介護、就労継続支援、共同生活援助（日中支援型を除く）、地域移行支援、地域定着支援、障害児通所支援 → 6ヶ月ごとに1回実施 ※
- ③ 障害者支援施設入所者 ※①及び④を除く → 6ヶ月ごとに1回実施
- ④ 地域移行支援利用者 → 6ヶ月ごとに1回実施

出典：厚生労働省

勘案事項

- a 障害者等の心身の現況
- b 障害者等の置かれている環境
 - ・地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージ（乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等）の変化の有無等
- c 総合的な援助の方針（援助の全体目標）
- d 生活全般の解決すべき課題
- e 提供されるサービスの目標及び達成時期
- f 提供されるサービスの種類、内容及び量
- g サービスを提供する上での留意事項

（２）モニタリング期間設定の目安

モニタリング期間の設定について、支援の実態に即したモニタリング期間を設定するため一定の目安・指針を設けますので、期間設定の参考として下さい。モニタリング期間は、1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・6ヶ月を原則基本とします。ただし、（本人）の状況に応じて4ヶ月等の設定が適切と判断された場合は、この限りではありません。

モニタリング期間の設定の目安は、下記のとおりです。

《毎月》

- ・退院したばかりで、サービス調整と本人の状態の変化を見守る必要がある。
- ・事業所で落ち着いておらず、頻繁な調整が必要である。
- ・介護保険への移行調整中。
- ・虐待あり（家族支援ケース）である。
- ・重症心身障害者であり、多数の事業所を利用しており、サービスの調整を毎月必要とする。
- ・障害のある方が複数いる家庭で家庭支援を必要とする。
- ・自殺未遂歴あり。状態の確認および家族支援を必要とする。
- ・福祉サービスを使い始めたばかりで、単身生活者のため支援や見守りを必要とする。
- ・生活困窮者であり、極めて生活が不安定で家族支援を必要とする。

《2ヶ月》

- ・委託相談も関わって支援を行っており、長い期間こまめにモニタリングを必要とする。
- ・家族の出産や入院等、家庭環境やサービス状況の変化が見込まれる。
- ・家族の課題解決が不十分であり、家族支援も必要とする。
- ・以前にDVがあり、落ち着いているものの見守り確認を必要とする。
- ・通所が不安定で家族ともに思いが変わりやすい。

《3ヶ月》

- 一般就労を希望しており、就労前の生活状況や能力の把握など就労に向けた状態のモニタリングなどを必要とする。
- GHに入居しているが、地域移行の希望があり調整を必要とする。
- 幼児であり、成長の変化が著しい。
- 家族の状態が不安定で、不安感が強く定期的な状態確認を必要とする。
- 家族の課題解決が不十分、もしくは相談や支援の依頼が出せないため、定期的な確認・見守りを必要とする。
- 障害のある方が複数いる家庭で、定期的な確認・見守りを必要とする。
- 本人や家族の状況は安定しているが、細やかな確認・見守りを必要とする。
- 虐待までには至っていないものの虐待のリスクがある。
- 精神障害者で、状態に不安がある。
- 経済状況や生活が不安定で、定期的な確認・見守りを必要とする。

《6ヶ月》

- 本人や家族の状況が安定しており、サービス利用も比較的安定している。

(3) 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給期間

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給期間（月単位）については、以下の取扱いとします。

① 支給期間の開始月

- 新規に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の対象となる方
⇒サービス利用支援・障害児支援利用援助を実施する月（サービス等利用計画を作成する月）
- 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の対象となっている方（更新利用について）
⇒継続前の支給期間の翌月

② 支給期間の終期月

利用する障害福祉サービスの支給決定、地域相談支援給付決定又は障害児通所支援の給付決定の有効期間のうち最長の有効期間の終期月

(4) モニタリング期間に係る開始月と終期月

モニタリング期間の設定に当たっては、当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助の開始月と終期月を設定します。

具体的な取り扱いは以下のとおりです。

① 当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助の開始月

開始月については、支給決定の有効期間の終期月において継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して設定する。

(支給決定の有効期間の終期月においては、対象者の現況に応じて、継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助と併せて支給決定の継続等のためのサービス利用支援・障害児支援利用援助を実施(報酬はサービス利用支援・障害児支援利用援助の報酬のみ算定)

なお、1人の者に対して複数の支給決定の有効期間の終期が設定される場合には、複数の支給決定の有効期間のうち最長の有効期間の終期月に継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して、継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助の開始月を設定する。ただし、モニタリング期間が「毎月」の者については、開始日より起算する。

② 当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助の終期月

原則として、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給期間の終期月(サービスの支給決定の有効期間の終期月)と同じとする。

(5) 具体的な例

例1 令和3年4月から、1年間の支給期間のサービスを利用する場合(居宅介護等)

(サービスの支給期間 令和3年4月1日～令和4年3月31日)

(計画相談支援の支給期間 令和3年3月15日～令和4年3月31日)

(モニタリング期間) 3か月

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
令和3年	計画 作成			モ			モ			モ			モ 計

※受給者証への記載内容

支給期間 令和3年3月15日～令和4年3月31日

モニタリング期間 令和3年6、9、12月

令和4年3月

例2 令和3年4月から、3年間の支給期間のサービスを利用する場合（生活介護等）
 （サービスの支給期間 令和3年4月1日～令和6年3月31日）
 （計画相談支援の支給期間 令和3年3月15日～令和6年3月31日）
 （モニタリング期間） 6か月

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
令和3年	計画 作成						モ						モ
令和4年							モ						モ
令和5年							モ						モ 計

※受給者証への記載内容

支給期間 令和3年3月15日～令和6年3月31日

モニタリング期間 令和3年9月
 令和4年3、9月
 令和5年3、9月
 令和6年3月

〔その他〕

- 1) 利用サービスに応じて必要な書類
- 2) 申請時の注意点
- 3) 請求事務等について

（支給決定又は地域相談支援給付決定の申請に係る援助）

第10条 指定特定相談支援事業者は、支給決定又は地域相談支援給付決定に通常要すべき標準的な期間を考慮し、支給決定の有効期間又は地域相談支援支給決定の有効期間の終了に伴う支給決定又は地域相談支援支給決定の申請について、必要な援助を行わなければならない。

〔出典〕障害者総合支援法に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（抜粋）

1) 利用サービスに応じて必要な書類

(1) 新規・更新

- ・(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支給給付費) 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)

【児童福祉法サービスを利用の場合は、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(様式第3号)】および世帯状況・収入申告書兼同意書

(2) 変更・追加・一部取り消し・負担額変更

- ・(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支給給付費) 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)

【児童福祉法サービスを利用の場合は、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(様式第10号)】

- ・世帯状況・収入申告書兼同意書(必要に応じて提出を求めることがあります)

(3) 利用サービスにより別途必要なもの

- ・グループホーム利用中で、生活保護受給中及び市民税非課税の方：家賃証明(任意書式)
- ・以下のサービスを利用中で暫定支給から更新される方<<自立訓練(機能・生活)、就労移行支援、就労継続支援A型>>：暫定支給決定期間の利用にかかる支援実績及び評価報告書または事業所意見書(サービス提供事業所が作成)
- ・以下のサービスを利用中で支給期間の更新される方(暫定支給以外)<<自立訓練(機能・生活・宿泊)、就労移行支援>>：事業所意見書(サービス提供事業所が作成)
- ・施設入所支援を利用の方：収入・支出のわかるもの(下記の表参照)
- ・療養介護を利用の方：収入・支出のわかるもの(下記の表参照)、健康保険証の写し、限度額適用認定証(保険者から交付されている方のみ)

令和2年1月～12月分の金額(利用日 令和3年7月1日～令和4年6月30日)

- (1) 本人の年金額がわかるもの
(年金証書、振込み通知書、振込額がわかる通帳等)
- (2) 本人の手当(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)の額がわかるもの(振込額がわかる通帳等)
- (3) 工賃証明(事業所で発行してもらう)
- (4) 仕送り、不動産等収入がわかるもの
- (5) 税金の額がわかるもの
- (6) 国保料、社会保険料等の額がわかるもの

【注意】: 収入・支出は、令和2年1月～12月のわかるものの写しが必要

(4) 状況に応じて、別途必要なもの

- ・利用開始の前年1月1日に川口市に住所がない方（本人及び配偶者、障害児の場合は世帯主及び配偶者）：課税・非課税証明書、または個人番号のわかるもの（マイナンバーを利用した情報連携により、課税状況を確認できる場合があります）
- ・生活保護受給中の方：生活保護受給証明書（生活保護受給者証のコピー可）
手当等の申請のために提出された証明書により、課税証明書及び診断書の提出を省略できる場合があります。該当の方は、事前に障害福祉課へお問い合わせください。
- ・障害者手帳、自立支援医療（精神通院）を持っていない方：医師の診断書
- ・支援給付の支給決定がされている中国残留邦人等及び特定配偶者に該当する方：支援給付の支給決定がされている中国残留邦人等及び特定配偶者に対する本人確認証
- ・高額福祉サービス費に該当する方

同一世帯に障害福祉サービス等を利用している方が複数いるなど、世帯における利用者負担額の合計が、一定の基準額を超えた場合、市役所に申請することで給付を受けることが出来ます。

：高額障害福祉サービス費支給申請書（高額障害児通所給付費申請書）、印鑑（スタンプ印以外）、振込先の通帳（口座番号の確認できるもの）、利用しているサービスの領収書（コピー可）

(例) 収入証明確認表（○：令和3年度、●：令和4年度、◎：令和5年度）

利用開始日（申請日ではない）	課税証明年度（対象の収入期間）	基準日
令和3.7.1～令和4.6.30	○ 令和3年度（令和2.1～12月分）	令和3.1.1
令和4.7.1～令和5.6.30	● 令和4年度（令和3.1～12月分）	令和4.1.1
令和5.7.1～令和6.6.30	◎ 令和5年度（令和4.1～12月分）	令和5.1.1

※基準日に住民登録のあった市町村での課税状況の確認が必要です。

（確認は、マイナンバーによる照会または課税・非課税証明書により行います。）

2) 申請時の注意点

(1) 40歳以上の介護保険受給者、または65歳以上の方

①新規申請の場合は、書類を提出する前に、事前に市へ相談（必須）。

障害福祉サービスの対象となるかどうか、環境や状況等を確認。

②福祉サービス申請書類一式及び要介護認定を受けている方は介護保険資料を提出

介護保険資料とは：ケアプラン等

※障害支援区分の認定を行っても、障害の状況によっては、障害福祉サービスの給付をしない場合があります。

介護保険給付と自立支援給付との適用関係については、当該給付調整規定に基づき、介護保険給付が優先される。市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握の上、必要としている支援内容について介護保険サービスにより提供を受けることが可能か否かを適切に判断。

〔出典〕事務処理要領（抜粋） 最終改正 令和2年9月版

(2) 標準利用期間を超えて利用を希望する方

標準利用期間のあるサービス：就労移行支援24ヵ月、

自立訓練（宿泊型24ヵ月・生活24ヵ月・機能18ヵ月）

標準利用期間を超えてさらにサービスが必要な場合については、審査会の審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新が可能（原則1回）

〔出典〕事務処理要領（抜粋） 最終改正 令和2年9月版

① サービスの継続を希望する場合（更新一回のみ）

福祉サービス申請書一式・直近のモニタリング報告書（またはセルフプラン）・サービス提供事業所が作成した事業所意見書（継続）を提出

③ サービスを廃止し、他のサービスを希望する場合

福祉サービス申請書一式・直近のモニタリング報告書（またはセルフプラン）・計画案と計画案（週間）・サービス提供事業所が作成した事業所意見書（廃止、他のサービス利用の必要性についてのアセスメント）を提出。

(3) 区分再認定が必要な方（目安のスケジュール）

区分認定期間の切れるおおむね3ヵ月前に、市から状況の確認

区分認定の切れる15日前までに、モニタリング報告書・サービス等利用計画書の提出。

（例）区分認定期間 10月末まで

8月中旬まで	サービス利用状況を確認
8月末日まで	福祉サービス申請書一式を提出
9月下旬頃まで	訪問調査の実施、医師意見書の作成
9月下旬～10月中旬	審査会にて区分認定
10月モニタリング実施	モニタリングの実施、サービス等利用計画書案の作成
10月15日まで	モニタリング報告書・サービス等利用計画書案の提出
10月末まで	支給決定（受給者証の送付）
11月10日まで	サービス等利用計画書の提出

(4) 申請提出のタイミング（新規で区分認定が必要な方）

障害福祉サービスは、障害支援区分認定日からの支給決定となり、遡っての支給決定は行いません。サービスが必要となる日の2ヵ月前までに、必ず申請の手続きを行ってください。

介護保険：要介護認定後、申請日まで遡って利用可

障害福祉：障害支援区分認定以降利用可。申請日までの遡りは不可

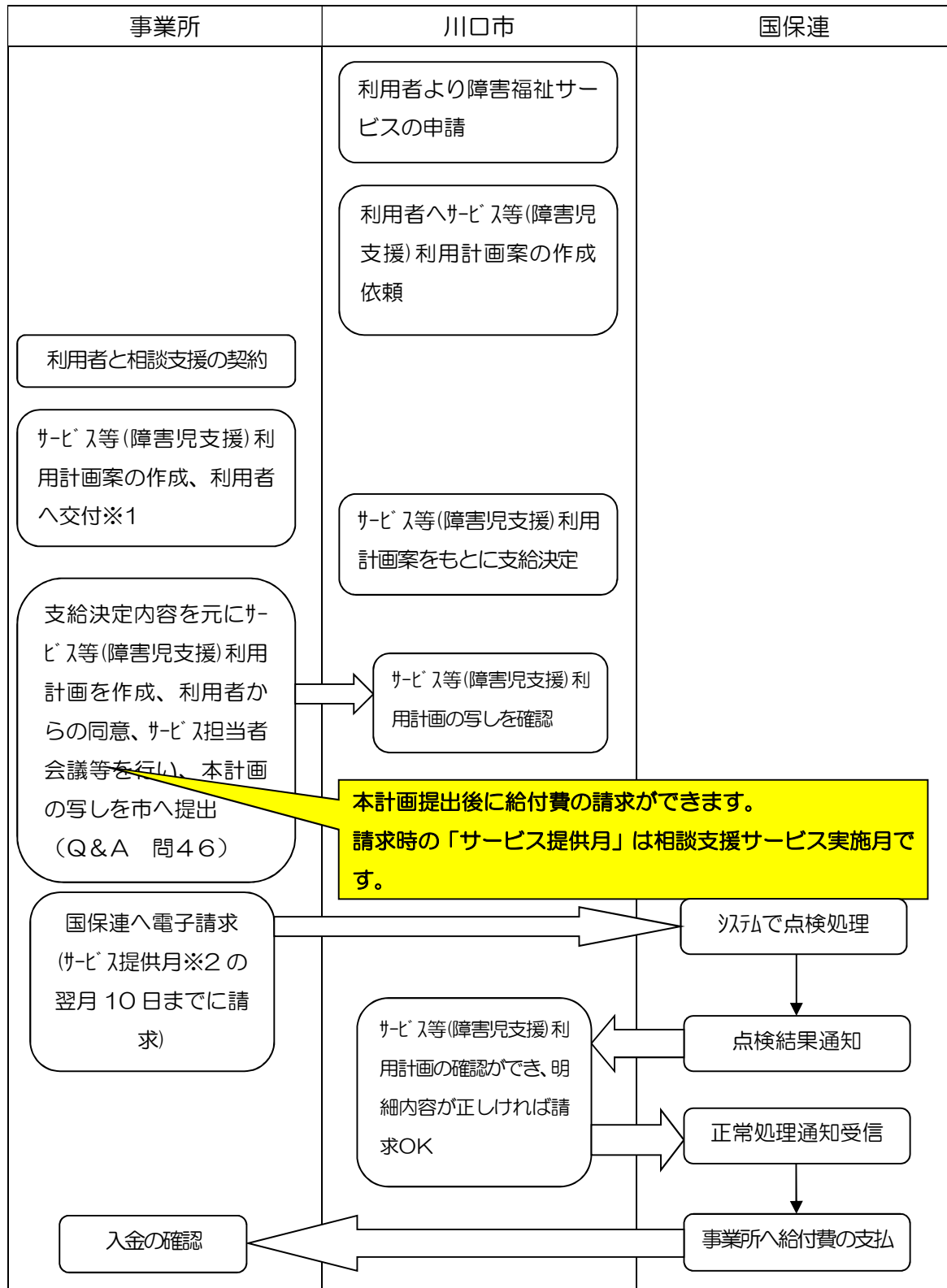
3) 請求事務等について

(1) 請求までの流れ

(参考資料 H25.2.22 相談支援に係るQ&Aについて)

特定・障害児相談支援事業(以下、相談支援事業という。)の給付費は埼玉県国民健康保険連合会(以下、国保連という。)へインターネットを介して電子請求します。

○請求までの流れ



※1 利用者に代わって事業所が市へ提出することも可能

※2 特定(障害児)相談支援におけるサービス提供月とはサービス等利用計画が作成された日に属する月のことです。

○請求事務の具体的な例

まずは大前提から・・・

※計画・障害児相談給付費(以下、給付費という。)はサービス等・障害児支援利用計画(以下、計画という。)を作成し、利用者からの同意、サービス担当者会議等を開催した時点で発生します。市には計画の写しを提出します。

・計画案や計画の作成後に利用者が障害福祉サービスの申請を取り下げた場合
→給付費はNG (Q&A 問49)

・計画案や計画の作成途中、利用者の同意を得る前等の段階で利用者が転出もしくは死亡等により障害福祉サービスの申請が却下された場合→給付費はNG
(Q&A 問50)

※相談支援事業の給付費は原則、同一月において一利用者に対して一回しか算定されません。(基本相談は給付費の対象ではありません。)

・計画を作成し、基本相談(※1)も行ったのでサービス(児童)利用支援(※2)の給付費を2回分請求する→NG

・モニタリング実施月において2回モニタリングを行った。サービス(児童)継続支援(※3)の給付費を2回分請求する→NG (Q&A 問55)

※1 基本相談：利用者の相談を受けることをいい、情報提供や手続きの代行、関係機関との連絡調整などの援助が想定されます。

※2 サービス(児童)利用支援：支給決定、支給決定の更新もしくは変更決定の際に必要な計画を作成した場合の給付費のサービス名称
以下、サービス利用支援と表記

※3 サービス(児童)継続支援：モニタリング実施月においてモニタリングを行った場合の給付費のサービス名称

以下、サービス継続支援と表記

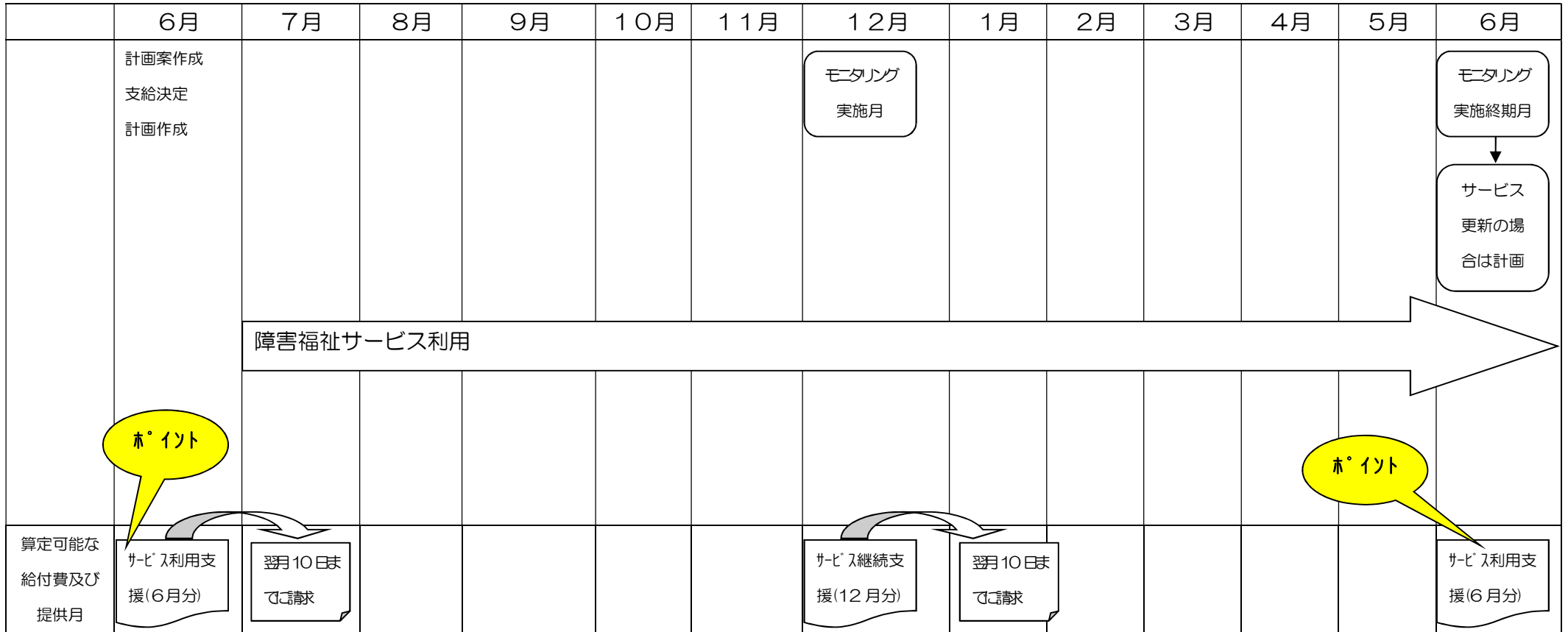
※計画相談と障害児相談を一体的に実施する場合の給付費は障害児相談支援のみ算定します。

・居宅介護と児童発達支援の計画を作成したので、計画相談と障害児相談の両方を請求する→NG (Q&A 問47)

※モニタリング実施終期月にモニタリングの実施および障害福祉サービス等の更新に係る計画を作成した場合はサービス利用支援の給付費のみを請求する。

(Q&A 問57)

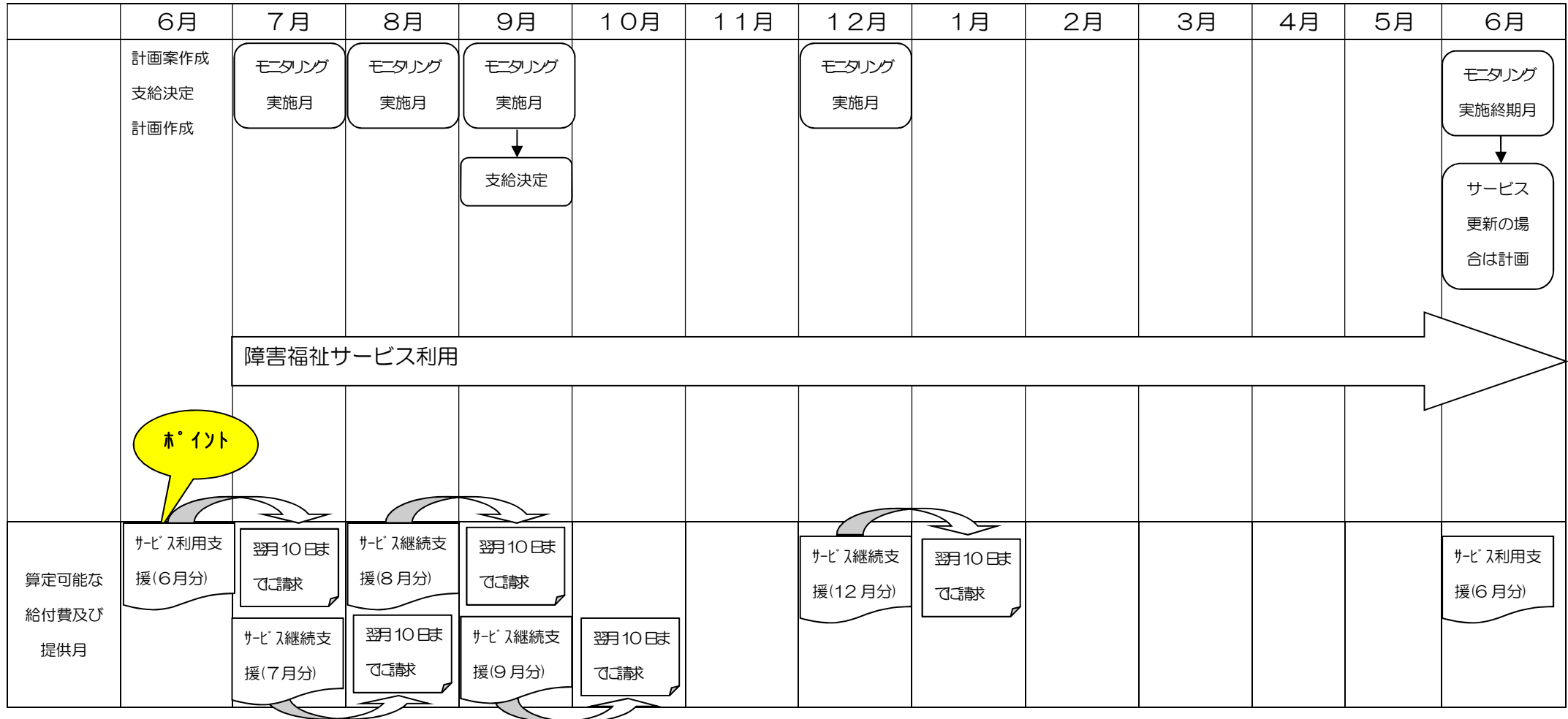
(ケース1) 新規に障害福祉サービスの支給決定をし、モニタリング期間6ヶ月と設定した場合 (支給決定開始月は7月、支給決定期間1年間で想定)



ポイント1：計画は支給決定後からサービス利用開始までの間に作成し、計画作成月は6月となりますので、初回の給付費は6月提供分として請求します。

ポイント2：モニタリング終期月はモニタリングを実施した結果、障害福祉サービスの更新が必要な場合は計画作成を行います。サービス利用支援のみ請求します。また、更新時のサービス提供月は既に計画相談支援給付費の決定がありますので、作成月である6月を提供月とし、7月10日までに国保連へ請求します。

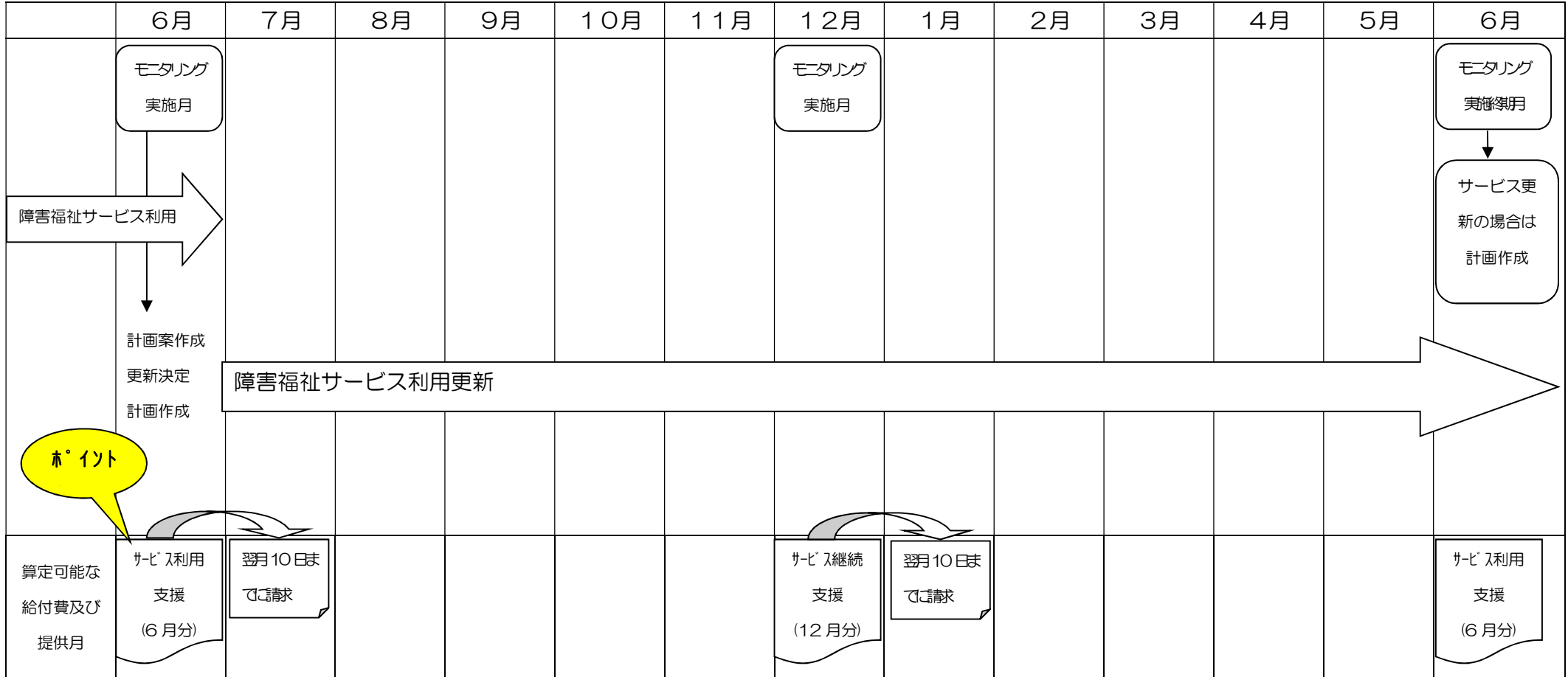
(ケース2) 新規に障害福祉サービスの支給決定をし、モニタリング期間6ヶ月(当初3ヶ月は毎月)と設定した場合 (支給決定開始月は7月、支給決定期間1年間で想定)



ポイント1：この場合もケース1と同様に計画作成分は6月として請求します。また、7月提供分はモニタリング分を請求します。ただし例外としてサービス利用開始月の1日にサービス利用支援を行った後にサービス継続支援を行った場合は同一月でも両方算定できます。(Q&A 問58)

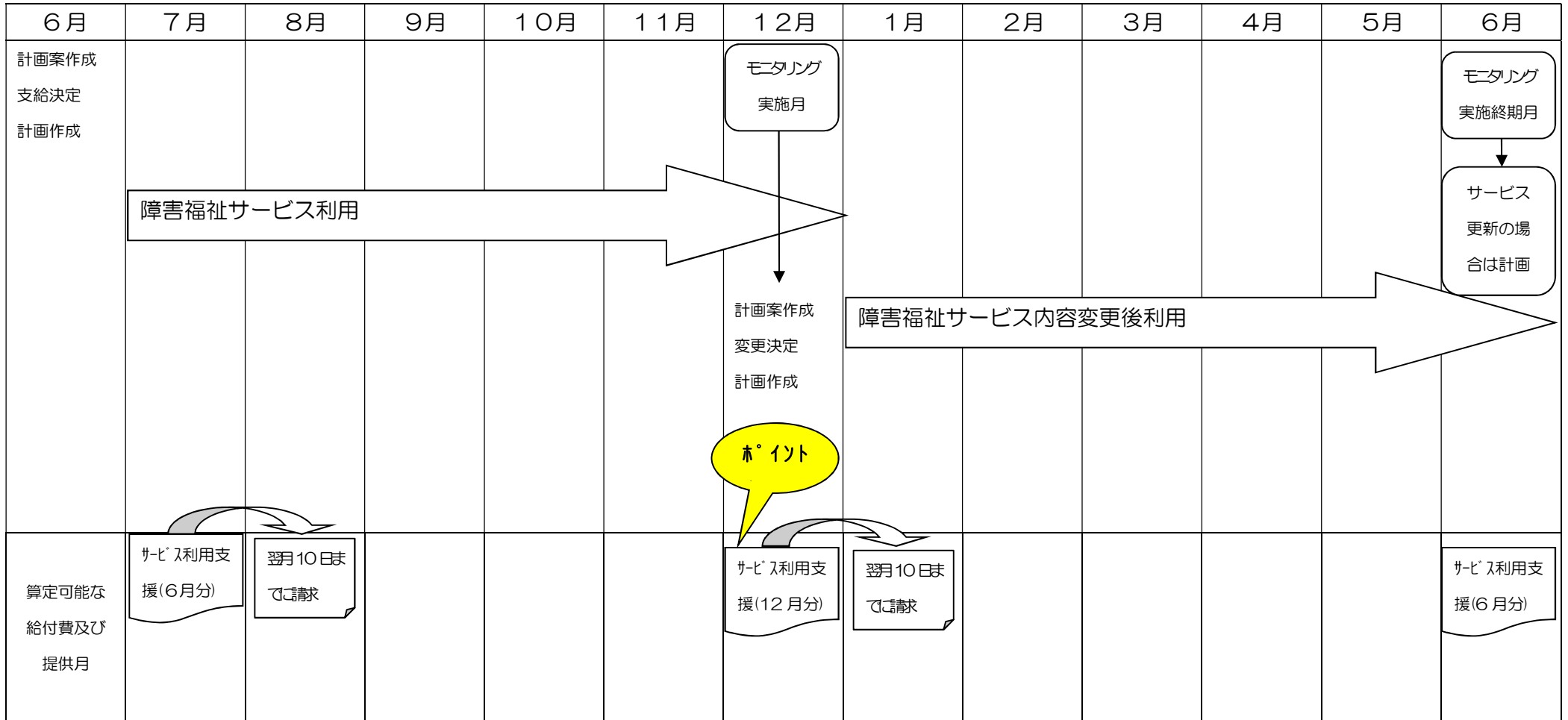
(ケース3) 障害福祉サービスの更新決定をし、モニタリング期間6ヶ月と設定した場合 (支給決定開始月は7月、支給決定期間1年間で想定)

※(ケース1)の翌年



ポイント1：モニタリング終期月はモニタリングを実施した結果、障害福祉サービスの更新が必要な場合は計画作成を行いますが、サービス利用支援のみ請求します。また、更新時のサービス提供月は既に計画相談支援給付費の決定がありますので、作成月である6月を提供月とし、7月10日までに国保連へ請求します。以降、モニタリング期間の変更等が無い場合はこのサイクルで請求を行います。提出をした日ではなく、モニタリングを予定した月で請求をしてください。

(ケース4) 新規に障害福祉サービスの支給決定をし、モニタリング期間6ヶ月と設定、モニタリングを実施した結果、サービス内容の変更またはサービス追加となった場合 (支給決定開始月は7月、支給決定期間1年間で想定) (Q&A 問56のケース)



ポイント1：モニタリングを実施した結果、サービスの変更等に伴い、計画を作成した場合はサービス利用支援のみ請求します。また、計画作成の月が翌月にまたいだ場合で、モニタリング実施月と異なる場合でもサービス利用支援のみ請求します。(12月のサービス継続支援の請求はできません。)

(ケース5) 相談支援を受けている利用者が相談支援事業所を契約変更し、サービスの提供が同一月に重複した場合① (Q&A 問59のケース)

【モニタリング実施が重複した場合】

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
契約変更前事業所						モニタリング実施月 モニタリング実施 →請求NG	契約変更月					
	障害福祉サービス利用											
契約変更後事業所						モニタリング実施 →請求OK						
算定可能な給付費及び提供月						サービス継続支援(12月分)	翌月10日までに請求					

ポイント1：契約変更前事業所と契約変更後事業所がそれぞれモニタリング実施月にモニタリングを行った場合は契約変更前事業所はサービス継続支援の請求はできない。契約変更後事業所のみ請求可能。

ポイント2：契約変更後事業所において新規に契約したとしても既に支給決定はされている(計画作成済)為、計画は作成せずにモニタリング期間に従ってモニタリングを実施する。よってこの場合はサービス継続支援を請求する。但し、モニタリングを行った結果、サービスの変更等が生じた場合は(ケース4)にならって計画を作成し、サービス利用支援を請求する。

※この扱いはモニタリング終期月においても同様であり、契約変更前事業所がモニタリングを行い、契約変更後事業所が更新の為の計画を作成した場合は契約変更後事業所のサービス利用支援のみ請求できる。(契約変更前事業所は請求が一切できない。)

(ケース6) 相談支援を受けている利用者が相談支援事業所を契約変更し、サービスの提供が同一月に重複した場合② (Q&A 問61のケース)

【契約変更前事業所の計画作成と契約変更後事業所のモニタリングが重複した場合】

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
契約変更前事業所						モニタリング 実施終期月 モニタリング 及び計画作成 実施 →計画のみ 請求OK						
算定可能な 給付費及び 提供月						サービス利用支 援(6月分)	翌月10日ま で請求					
契約変更後事業所						モニタリング 実施 →請求OK						
算定可能な 給付費及び 提供月						サービス継続支 援(6月分)	翌月10日ま で請求					

ポイント1：モニタリング終期月において契約変更前事業所がモニタリング及び計画作成を行った後に契約変更した場合はサービス利用支援の請求可能。

ポイント2：契約変更後事業所は契約変更前事業所から計画を引き継ぎ、面接やサービス担当者会議等のモニタリングを行った場合はサービス継続支援の請求ができる。この場合、計画は契約変更前事業所が作成している為、改めて作成する必要はなく、また、サービス利用支援の請求はできない。

(ケース7) 相談支援を受けている利用者が相談支援事業所を契約変更し、サービスの提供が同一月に重複した場合③ (Q&A 問60のケース)

【契約変更前事業所のモニタリングと契約変更後事業所の計画作成が重複した場合】

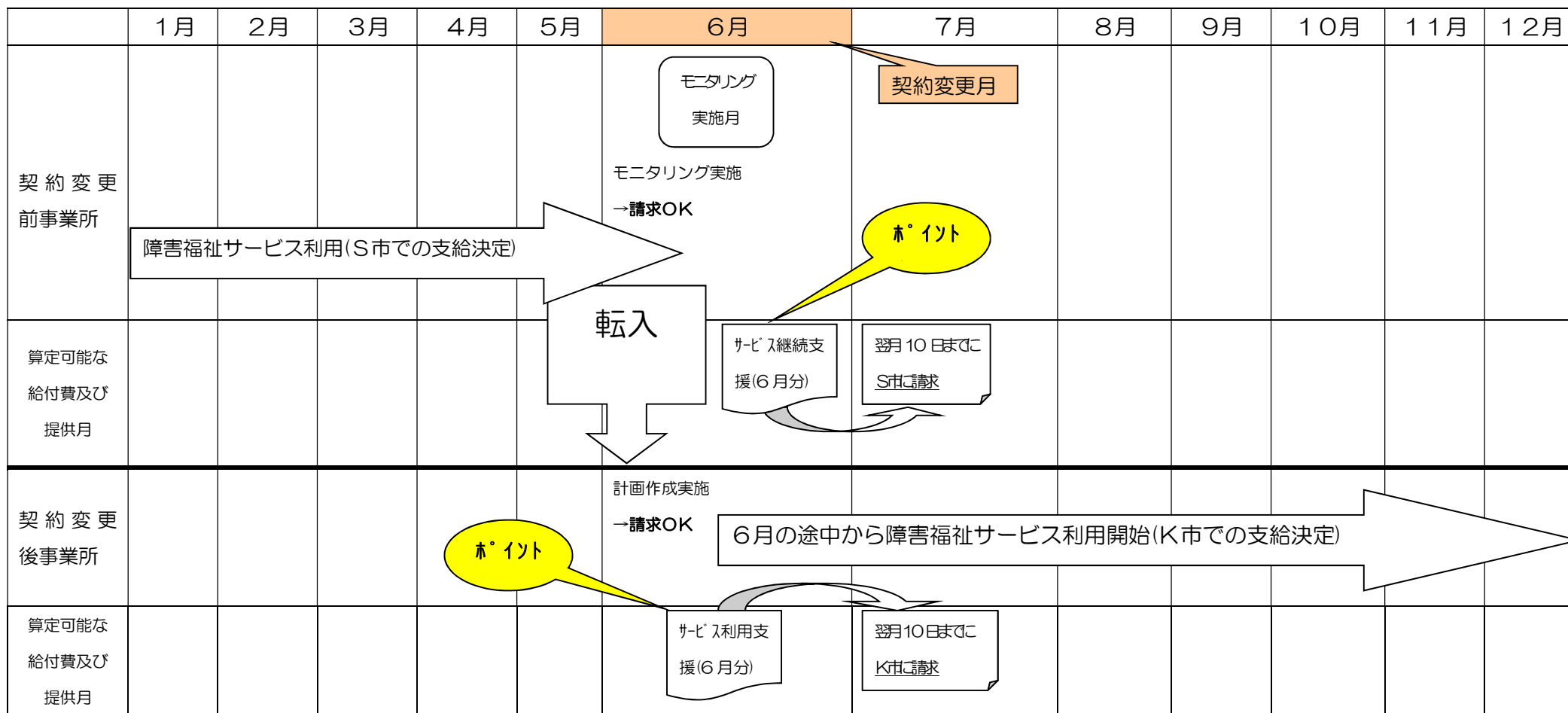
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
契約変更前事業所						モニタリング 実施終期月 モニタリング 実施 →請求NG	契約変更月 ホイット					
契約変更後事業所						計画作成実施 →請求OK ホイット						
算定可能な 給付費及び 提供月						サービス利用支 援(6月分)	翌月10日ま でに請求					

ポイント1：モニタリング終期月において契約変更前事業所がモニタリングを行った後に契約変更した場合はサービス継続支援の請求はできない。但し、翌月の障害福祉サービスの更新がない等の理由で契約変更後事業所が計画作成を行わない場合はサービス継続支援の請求が可能

ポイント2：契約変更後事業所は障害福祉サービス更新決定の為に計画作成し、サービス利用支援の請求を行う。

(ケース8) 相談支援を受けている利用者が転出入に伴い、相談支援事業所を契約変更し、サービスの提供が同一月に重複した場合 (Q&A 問62のケース)

【契約変更前事業所と契約変更後事業所の支援した内容の組み合わせは自由】



ポイント1 および2：転出入に伴い、実施機関(支給決定をする自治体)が変更した場合は同一月でもサービス利用支援またはサービス継続支援の請求が可能。
 転入時(川口市に引っ越してくる場合)は新たに支給決定が必要になることから新規に支給決定をする(ケース1)のパターンを準用する。
 ※転出時についても同様の扱いの為、S市、K市を読み替えて、参照してください。

(ケース9) 相談支援を受けている障害児が障害者へ切り替わる場合 (Q&A 問63のケース)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
障害児相談支援事業所			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">モニタリング 実施終期月</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">放課後等デイサービス利用</div>									
算定可能な給付費及び提供月			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">事務引き継ぎ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">モニタリング実施 →請求OK</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">児童継続支援(3月分)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">翌月10日まで請求</div>								
特定相談支援事業所			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">計画案作成 支給決定 計画作成 →請求OK</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">障害福祉サービス利用</div>								
算定可能な給付費及び提供月			<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; opacity: 0.5;">サービス利用支援(3月分)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">サービス利用支援(4月分)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">翌月10日まで請求</div>							

ポイント1：モニタリング実施終期月において障害児相談支援事業所がモニタリングを行った場合は児童継続支援の請求ができる。

ポイント2：特定相談支援事業所においては4月から支給決定される障害福祉サービスの計画はスケジュール等が順調に進めば3月に作成することが想定されるが児童継続支援と請求月が重複してしまう為、提供月を4月として、処理。サービス提供月は4月分として5月10日までに請求することとなる。

※特定相談と障害児相談を一体的に指定を受けている事業所の利用者で障害者に移行しても同じ事業所を利用する場合も同様の扱い。

○その他、請求事務に関する留意点

- ・国保連送信用の請求データを作成する際のサービスコードについて

特定(障害児)相談の請求サービスコードはサービスの提供状況により合成単位として設定されています。(一つの提供月、利用者に対して一つのサービスコードを設定)サービス利用支援とサービス継続支援を同一提供月として請求する場合は適切なサービスコードを選択してください。

○給付費を請求する際、市に提出する書類

給付費を国保連に請求する際、障害福祉サービス等の実績記録表にあたる帳票がありません。したがって給付費の算定資料として、モニタリング実施報告書の原本、またはサービス等利用(障害児支援)計画の原本を提出していただきます。

各書類の提出時期については作成(利用者の同意を得たもの)が完了し次第、各支援係の担当宛てに提出して下さい。

○請求に関するお問い合わせ先

川口市 福祉部障害福祉課 給付係

TEL：048-271-9443(直通)

○サービス等利用計画の作成に関するお問い合わせ先

川口市 福祉部障害福祉課 支援第1・第2係

TEL：048-259-7926(直通)

(2) 手続き等の早見表

支給決定	新規で介護給付と訓練給付の希望があり、区分認定ができる前に、先に訓練給付の利用をしたい。	全体を通した計画案を作成し提出。訓練給付のみ支給決定し、利用開始する。区分認定がでたら、区分をもとに計画内容を確認し変更が必要な場合は、当初の計画案の修正を提出する。
モニタリング実施月	利用者が入院中のとき	モニタリングは可能なので実施する。変更等の手続きの必要性を判断する。
	支給決定はあるが、利用していない	モニタリングを実施する。変更や廃止等の手続きの必要性を判断する。
	モニタリングの結果、サービス提供事業所だけ変更することになった。	モニタリング報告書に記載する。 参照：P 6 (V 提出書類)、2. モニタリング(3):(1)・(2)以外の変更の手続き
	モニタリングの結果、モニタリング月だけ変更することになった。	「今後の方針」欄に変更する理由を記載し、「備考」欄に変更内容を記載する。 参照：P 6 (V 提出書類)、2. モニタリング(2):モニタリング期間のみ変更の手続き
継続手続きやモニタリング月以外	サービス種類や量の変更が発生した	参照：P 6 (V 提出書類)、4. 変更(1) サービス種類や量の変更の手続き
	状況に変化があり、今後のモニタリング月のみを変更したい	参照：P 6 (V 提出書類)、4. 変更(2) モニタリング期間のみ変更の手続き
	軽微な変更が発生した サービスの曜日のみ、サービス提供事業所のみ、簡易な目標変更のみ等	支援内容に影響が出ないものであれば、次回の継続手続き時やモニタリング実施月に修正。

〔参考資料〕

障害福祉サービス
申請書類
サービス等（障害児支援）利用計画書式

障害福祉サービス

	サービスの種類		障害支援区分 (児童用認定区分)	支給決定の有効期間	
				最短	最長（最大）
障害者総合支援法	介護給付費	居宅介護	要	1か月	1年
		重度訪問介護	要		
		同行援護	不要		
		行動援護	要		
		重度障害者等包括支援	要		
		短期入所	要		
		療養介護	要	1か月	3年
		生活介護			
		施設入所支援			
	訓練等給付費	自立（機能）訓練	不要	1か月	1年（1年半）※1
		自立（生活）訓練			1年（2年）※1
		宿泊型自立訓練			1年（2年）
		就労移行支援			1年（2年）
		就労移行支援（養成施設）			3or5年 ※1
		就労継続支援 A 型			3年
		就労継続支援 B 型			3年
		自立生活援助			1年
		就労定着支援			1年（3年）
		共同生活援助（グループホーム）			不要（一部の方のみ要）
	地域相談	地域移行	不要	1か月	6か月（1年）
地域定着		1年			
児童福祉法	障害児通所支援	児童発達支援	要	1か月	1年
		居宅訪問型児童発達支援			
		医療型児童発達支援			
		放課後等デイサービス			
		保育所等訪問支援			

※1…状況により、期間が異なる場合がありますので、お問い合わせください。

障害児相談支援給付費支給申請書

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ	個人番号	年 月 日
申請者氏名	生年月日	年 月 日
居 住 地	郵便番号 電話番号	
フリガナ	続 柄	
申請に係る 児童氏名	個人番号	
	生年月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者(本人) <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入してください。)	
フリガナ		本人との関係
氏 名		
住 所	郵便番号	電話番号

計画相談支援給付費支給申請書

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

受給者証番号	ケース番号	年 月 日
フリガナ	個人番号	年 月 日
氏 名	生年月日	年 月 日
居 住 地	郵便番号 電話番号	
フリガナ	個人番号	
認定申請に係る 障害児氏名	生年月日	年 月 日
	続 柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)	
フリガナ		申請者との関係
氏 名		
住 所	郵便番号	電話番号

計画相談・障害児相談支援 依頼（変更）届出書

（あて先） 川口市社会福祉事務所長

年 月 日

次のとおり指定特定・障害児相談支援事業者に計画相談・障害児相談支援を依頼することを届け出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	郵便番号 川口市	電話番号				
フリガナ			生年月日	年	月	日
支給決定に係る 児童氏名						
受給者証番号						
計画相談・ 依頼（変更）する事業者	事業者の 事業所名					
	事業者番号					
	事業所の 所在地	電話番号				
	事業者を 変更する場合 の事由等	（事業者を変更する場合のみ記入してください）				
		変更年月日（ 年 月 日付）				

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	郵便番号	電話番号	

（注意）

- 1 この届出書は、計画相談・障害児相談支援を依頼する事業者が決まり次第、速やかに、市へ提出してください。
- 2 計画相談・障害児相談支援を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、市に提出してください。届出のない場合は、計画相談・障害児相談支援給付費を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

【川口市】サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

作成年月日 年 月 日

利用者氏名(児童氏名)		生年月日		障害支援区分	
保護者氏名・続柄		障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	
通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号		相談支援事業者名	
計画作成担当者		利用者同意記名欄	氏名 _____ 同意年月日 _____ 年 月 日		

本人の意向 (希望する生活)	
家族の希望	
今後の方針	長期目標
	短期目標

	本人の希望	目 標	利用する福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のために 本人が取り組むこと	モニタリング の時期	備 考
1						
2						
3						

障害福祉課
担当者名

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月								
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								週単位以外のサービス
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

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	
障害または状態名	FAX番号	
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入	障害支援区分	性別
		男・女
社会関係圏 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		

生活歴 ※変遷等含む

医療の状況 ※本診科目、病歴、手術歴、療養名、服薬状況等

本人の主眼(望回・希望)

本人の主眼(望回・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(障害福祉サービス、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	障害支援区分	相談支援事業者名	計画作成担当者
-------	--------	----------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

【川口市】サービス等利用計画・障害児支援利用計画

計画作成・変更年月日 年 月 日

利用者氏名(児童氏名)	生年月日	障害支援区分	
保護者氏名・続柄	障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	
通所受給者証番号	地域相談支援受給者証番号	相談支援事業者名	
計画作成担当者	利用者同意記名欄 氏名 _____ 同意年月日 _____ 年 月 日		

本人の意向 (希望する生活)	
家族の意向	
今後の方針	長期目標
	短期目標

	本人の希望	目 標	利用する福祉サービス等		課題解決のために 本人が取り組むこと	モニタリング の時期	備 考
			種類・内容・量 (頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)			
1							
2							
3							

障害福祉課
担当者名

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	

計画開始年月	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								週単位以外のサービス
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

【川口市】モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

モニタリング実施日 年 月 日

利用者氏名(児童氏名)	生年月日	障害支援区分
保護者氏名・続柄	障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額
通所受給者証番号	地域相談支援受給者証番号	相談支援事業者名
計画作成担当者	計画作成日	

今後の方針	サービス利用後の状況

	目標	サービス提供状況 (支援者からの聞き取り)	本人の感想・ 満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・ 解決方法	計画変更の必要性			備考
						サービス 種類の 変更	サービス 量の変更	週間計画の 変更	
1						有・無	有・無	有・無	
2						有・無	有・無	有・無	
3						有・無	有・無	有・無	

障害福祉課
担当

継続サービス等利用計画・継続障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名
保護者氏名	本人との続柄	
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	

計画開始年月

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の全 体像	
----------------------------------	--

(表)

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軽減・免除等申請書

(あて先)川口市社会福祉事務所長
次のとおり申請します。

フリガナ	申請年月日	年	月	日
氏名	受給者証番号			
居住地	個人番号			
フリガナ	生年月日	年	月	日
支給申請に係る障害児氏名	郵便番号			
身体障害者手帳番号	療育手帳番号			
被保険者証の記号及び番号(※)	精神障害者保健福祉手帳番号			
障害基礎年金1級の受給の有無(労務継続支援B型のサービスを受給する者に限る。)	保険者名及び番号(※)			
障害者区分の認定	有・無	有	効	有・無
利用中のサービスの種類と内容等	要介護認定	有・無	要介護	1 2 3 4 5
介護保険サービス	利用中のサービスの種類と内容等			

申請するサービス	介護給付費		申請に係る具体的内容
	介護給付費	訓練等給付費	
□居宅	□自立訓練(機能訓練)	□自立訓練(生活訓練)	申請に係る具体的内容
□重度訪問	□自立訓練(生活訓練)	□宿泊型自立訓練	
□同行	□就労移行支援	□就労移行支援(養成施設)	
□短期	□就労移行支援	□就労継続支援A型	
□重度障害者等包括支援	□就労継続支援B型	□就労定着支援	
□療養介護	□就労継続支援C型	□自立生活援助	
□生活介護	□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			

サービス利用計画又は個別支援計画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、市から指定特定相談支援事業者、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	電話番号
住所	郵便番号		

※主治医の欄は、介護給付費を申請する場合に記入してください。

負担上限月額に関する認定(当てはまるものに○を付けてください。)

(1) 生活保護受給世帯
(2) 市町村民税非課税世帯(※)
※療養介護を利用する場合は、ア又はイの当てはまる方にも○を付けてください。
ア 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの
イ ア以外のもの

(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28万円未満のもの)
(4) (1)～(3)以外の世帯

申請する減免の種類

□1 医療型個別減免を申請します。
□2 特定障害者特別給付費(補足給付)を申請します。(当てはまるものに○を付けてください。)
□3 施設入所者(※)に対する特定障害者特別給付費(入所施設(障害者支援施設)が対象となります。)
※介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)が対象となります。
□4 グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(家賃軽減措置)
□5 生活保護への移行予防措置を申請します。(当てはまるものに○を付けてください。)
(1) 定率負担減免措置
(2) 補足給付の特例措置

※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。

1 世帯の状況について

障害者又は障害児の保護者	氏名	本人との関係	生年月日	課税状況
		本人	年 月 日	課税・非課税・生保
配偶者			年 月 日	課税・非課税・生保
障害児			年 月 日	課税・非課税・生保

2 収入等の状況について

区分	種類	金額
所得等収入	障害年金等(障害年金、特別障害者給付金、遺族年金、老齢年金等) 特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的特種手当、特別児童扶養手当等)	
その他収入	上記以外の収入(仕送り、不動産等による家賃収入等) 内容()	

(2) 経費

種類	内容	金額
租税		
社会保険料		
家賃		

(記入上の注意)

1 収入・経費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ください。
2 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ください。

3 同意欄
介護給付費、訓練等給付費、特定障害者特別給付費及び地域相談支援給付費の支給の決定に当たり必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員の資産又は収入の状況、課税状況、生活保護受給状況その他の支給の決定に必要な情報について、市が公簿等により確認し、又は関係機関に照会することについて同意します。
申請者氏名

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入してください。)
氏名	申請者との関係
住所	郵便番号
	電話番号

(表)

(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) 支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書兼届出書

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

次のおり(申請します。届け出ます。)

フリガナ	申請・届出年月日	年	月	日				
氏名	受給者証番号							
居住地	個人番号	年	月	日				
	生年月日	年	月	日				
フリガナ	電話番号							
支給申請に係る障害児氏名	個人番号	年	月	日				
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	年	月	日				
被保険者証の記号及び番号(※)	精神障害者保健福祉手帳番号	年	月	日				
	疾病名	年	月	日				
	保険者名及び番号(※)	年	月	日				
障害福祉サービス利用の状況	障害支援区分	1	2	3	4	5	有効期間	
	利用中のサービスの種類と内容等	有	無	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
変更の理由	要介護認定	有	無	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	利用中のサービスの種類と内容等							

変更を申請するサービス	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	
□居宅介護	□自立訓練(機能訓練)		
□重度訪問介護	□自立訓練(生活訓練)		
□同行移動支援	□宿泊型自立訓練		
□短期入所	□就労移行支援		
□重度障害者等包括支援	□就労移行支援(養成施設)		
□療養介護	□就労継続支援A型		
□生活介護	□就労継続支援B型		
□施設入所支援	□就労定着支援		
□地域移行支援	□自立生活援助		
□地域定着支援	□共同生活援助(グループホーム)		

主治医の氏名	郵便番号	電話番号
住所	医療機関名	

※主治医の欄は、介護給付費を申請する場合に記入してください。

(裏)

負担上限月額	負担上限月額に関する認定
月額の認定	負担上限月額の算定のために必要な事項の変更を届け出ます。 (当てはまるものに○を付けてください。)
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯(※) ※療養介護を利用する場合は、又はイの当てはまる方にも○を付けてください。 ア 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの イ ア以外のもの <input type="checkbox"/> 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28万円未満のもの) <input type="checkbox"/> (1)～(3)以外の世帯
申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 医療型個別減免に関する認定 医療型個別減免(の変更)を申請します。 <input type="checkbox"/> 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定 <input type="checkbox"/> 特定障害者特別給付費を申請します。 <input type="checkbox"/> 特定障害者特別給付費の額算定のために必要な事項の変更を届け出ます。 (当てはまるものに○を付けてください。) <input type="checkbox"/> (1) 施設入所者(※)に対する特定障害者特別給付費(入所施設の食事等軽減措置) ※介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)が対象となります。 <input type="checkbox"/> (2) グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(家賃軽減措置) <input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(の変更)を申請します。 (当てはまるものに○を付けてください。) <input type="checkbox"/> (1) 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> (2) 補足給付の特例措置

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請し、又は届け出てください。

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入してください。)	
氏名	申請者との関係	
住所	郵便番号	電話番号

様式第3号

(表)

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

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ	個人番号	個人番号	生年月日	年 月 日
氏名		生年月日	年 月 日	
居住地	郵便番号	電話番号		
フリガナ	個人番号	個人番号	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	障害者 手帳番号	精神障害者 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(※)			

※「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。

サービスの利用状況	利用中のサービスの種類と内容等
申請する支援	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"/> 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成するため必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容の全部又は一部を、川口市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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。

障害児通所給付費の支給の決定に当たり必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員の資産又は収入の状況、課税状況、生活保護受給状況その他の支給の決定に必要な情報について、川口市が公簿等により確認し、又は関係機関に照会することについて同意します。

申請者氏名 _____

(裏)

負担上限月額	<input type="checkbox"/> 1 障害児通所支援負担上限月額に関する認定 (当てはまるものに○を付けてください。) (1) 生活保護受給世帯 (2) 市町村民税非課税世帯(所得割の額が28万円未満)に属する者 (4) (1)～(3)以外の世帯
額の認定	<input type="checkbox"/> 2 多量軽減措置に関する認定 (当てはまるものに○を付けてください。) (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。
減免の申請	<input type="checkbox"/> 3 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※社会福祉事務所が発行する境界層対象者証明証が必要となります。 ※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。 世帯の状況について

氏名	本人との関係	生年月日	課税状況
障害児の保護者	本人	年 月 日	課税・非課税・生保
配偶者		年 月 日	課税・非課税・生保
障害児		年 月 日	課税・非課税・生保

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)	
氏名	申請者との関係	
住所	郵便番号	電話番号

様式第 1 0 号

(表)

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除変更申請書兼届出書

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

申請・届出年月日 年 月 日

次のとおり
〔申請します。〕
〔届け出ます。〕

フリガナ 氏名	個人番号	生年月日	年 月 日
居住地	郵便番号	電話番号	
フリガナ 児童氏名	個人番号	生年月日	年 月 日
性別	性別	病名	
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
被保険者の記号及び番号(※)	保険者名及び番号(※)		

※「被保険者の記号及び番号」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。

(裏)

負担上限月額額の認定	<p><input type="checkbox"/> 1 障害児通所支援負担上限月額に関する認定 障害児通所支援負担上限月額額の算定のために必要な事項の変更を届け出ます。 (当てはまるものに○を付けてください。)</p> <p>(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(所得額の額が28万円未満)に属する者 (4) (1)～(3)以外の世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 2 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用(の変更)を届け出ます。(当てはまるものに○を付けてください。)</p> <p>(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。</p>
減免の申請	<p><input type="checkbox"/> 3 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置(の変更)を申請します。 ※社会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。</p>

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請し、又は届け出てください。

申請書提出者 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)	申請者との関係
住所	郵便番号	電話番号

サービスの利用状況	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	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"/> 保育所等訪問支援	

計画・障害児相談支援事務マニュアル

発行日 第4版 令和3年4月
編集・発行 川口市障害福祉課
〒332-8601
川口市青木2丁目1番1号
TEL 048-(258)-1110 (代表)
FAX 048-(259)-7943