

令和8年度就学説明会 ～小学期から利用できる発達支援 (障害福祉サービス) について～



ふじみ野市PR大使『ふじみん』

ふじみ野市役所障がい福祉課
障がい福祉係
令和8年5月15日(金)

1. 小学期から利用できる発達支援

☆障がい児通所支援☆

① 放課後等デイサービス

放課後等デイサービスは、障がいのある就学児童（小学生・中学生・高校生）が学校終了後や長期休暇中に通うことのできる事業所です。

② 保育所等訪問支援

保育所や学校、放課後等児童クラブ等の施設（集団生活の場）へ専門知識を持った支援員が訪問し、集団生活を行うための専門的な支援や、安定した利用を促進します（※未就学期から利用可能です）。

1. 小学期から利用できる発達支援

☆障がい児通所支援☆

③居宅訪問型児童発達支援

医療的ケアが必要な場合や、重い障がいがあるため放課後等デイサービス事業所へ通所することが困難なお子さんへ、日常生活における基本的な動作の指導や、生活能力の向上のために必要な訓練などを、自宅において遊びを取り入れながら発達を促していきます。

1. 小学期から利用できる発達支援

☆障がい児相談支援☆

・相談支援専門員とは？

障がい児通所支援を利用する児童について、障がい児支援利用計画の作成を行います。

また、サービスを利用するまでの調整や、サービス利用開始後のフォローなど、様々な相談に対応しています。

・相談支援専門員がいないとサービスは利用できない？

相談支援専門員（障がい児相談支援事業所）へお願いできない場合などは、「セルフプラン」を作成することで必要なサービスを利用できます。

2. サービスを利用するまでの流れ

① 通所する事業所の選定

放課後等デイサービスの事業所を決めます。事業所の見学や体験(必要で、事業所が対応可能であれば)を行います。

② 利用する計画相談の選定

計画相談支援(事業所は市内・市外問いません)の依頼または、セルフプランの選択。

※計画相談とセルフプランでは、申請方法が異なります。

2. サービスを利用するまでの流れ

③ 障がい福祉課へ申請書の提出

通所先と計画相談（または、セルフプラン）の選定が完了した後、障がい福祉課へ申請書を提出します。

※申請時に、お子様の御様子や利用日数などを職員（地区担当ケースワーカー）が確認をします。

④ サービスの決定（利用開始）

申請後、概ね2週間程度後からサービスの利用が開始されます（受給者証を交付します）。

⑤ 事業所と契約

受給者証の交付を受けた後、利用したい事業所へ行き、利用契約の手続きをします。

2. サービスを利用するまでの流れ

【申請に必要な持ち物】

・認印 + 下記のいずれか(☆)を持参

☆障害者手帳所持の方

→障害者手帳

☆特別児童扶養手当等受給されている方

→特別児童手当等を受給していることを証明する書類

☆上記2点とも未所持の方

→医師の診断書等(療育の必要性が確認できるもの)

※診断書等の提出は、新規支給申請時及びサービス利用更新者で小学1年生・小学4年生・中学1年生・高校1年生の方(診断書等は、申請日において発行日から3か月以内のもの)

2. サービスを利用するまでの流れ

☆申請書

様式第1号（第2条関係）

（表）

見本

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

ふじみ野市長 宛て

記入

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ	フジミノ タロウ	生年月日	S・H XX年 XX月 XX日		
氏名	ふじみ野 太郎	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
住所	〒XXXXXXXXX ふじみ野市〇〇X-X-X				
フリガナ	フジミノ ハナコ	生年月日	H・R XX年 XX月 XX日		
支給申請に係る児童氏名	ふじみ野 花子	個人番号	XXXXXXXXXXXX	続柄	
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号（※）	保険者名及び番号（※）				

※「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すること。

（裏）

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	<p><input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○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。）</p> <ol style="list-style-type: none"> 生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯に属する者 市町村民税課税世帯（所得割2.8万円未満）に属する者 <p><input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。）</p> <ol style="list-style-type: none"> 第2子に該当する者 第3子以降に該当する者 <p>※ 在園証明等が必要となります。</p> <p><input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置 <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。</p>
-----------	---

記入

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）
フリガナ	フジミノ タロウ	申請者との関係
氏名	ふじみ野 太郎	続柄
住所	〒XXXXXXXX ふじみ野市〇〇X-X-X	
電話番号 XXX-XXXX-XXXX（日中連絡可能なもの）		

利用中のサービスの種類、内容等	
障害福祉関係サービス	
申請する支援	<p>支援の種類</p> <p><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を除く。）</p> <p><input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援</p> <p><input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス</p> <p><input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援</p>
申請に係る具体的内容	使うサービスに <input checked="" type="checkbox"/>
市職員が、障害児通所給付費及び在宅給付費の自己負担額の世帯員の資産・課税台帳・住民基本台帳及び介護保険被保険者台帳を閲覧することに同意します。	
申請者 〇〇〇 世帯員 〇〇〇 世帯員 〇〇〇 世帯員 〇〇〇	
申請者 〇〇〇 世帯員 〇〇〇 世帯員 〇〇〇	
障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び同意見書の全部又は一部を、市から指定障害児相談支援事業者、申請者若しくは障害児入所施設の関係人に関する事項に同意します。	

記入

申請者・世帯員に押印をお願いします（同じ印鑑でOKです）

（裏面に続く）

2. サービスを利用するまでの流れ

☆申請書

様式第2号（第2条、第5条関係）

世帯状況・収入等申告書

ふじみ野市長 宛て
 申告年月日 年 月 日
 申告者（保護者）住所 ふじみ野市〇〇〇 X-XX-X
 （保護者）氏名 ふじみ野 太郎（※保護者名）
 次のとおり申告します。

記入

見本

1 世帯の状況等について

氏名	生年月日	本人との関係	市町村民役の状況
申請者 ふじみ野 太郎	S・H・O・O・O		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主 ※（※上記と同じであれば） ※（※） ※（※）			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員 ふじみ野 花子	S・H・O・O・O	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
ふじみ野 家族1	S・H・O・O・O		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 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、医療型認知症ケア・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
所得等収入	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
	仕送り収入	円
その他収入	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
社会保険料		円

記入

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）
フリガナ	フリミノ タロウ
氏名	ふじみ野 太郎
住所	〒XXXX-XXXX ふじみ野市〇〇X-X-X
	電話番号 XXX-XXXX-XXXX（日中連絡可能なもの）

（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ください。
- 書ききれない場合は、空白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 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。

様式第23号（第14条関係）

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
 兼計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

見本

ふじみ野市長 宛て

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所として、次のとおり依頼（変更）したので、届け出し、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費を申請します。

記入

フリガナ	フリミノ タロウ	生年月日	明治 大正 昭和 平成 X年 X月 X日
氏名	ふじみ野 太郎（※保護者名）	電話番号	XXX-XXXX-XXXX（日中連絡可能なもの）
居住地	〒XXXX-XXXX ふじみ野市〇〇X-X-X	生年月日	平成 X年 X月 X日
フリガナ	フリミノ ハナコ	電話番号	
支給申請に係る障害児氏名	ふじみ野 花子（※サービス利用者）	性別	

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

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

--

記入

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	ふじみ野 太郎（※保護者名）
住所	〒XXXX-XXXX ふじみ野市〇〇X-X-X
	電話番号 XXX-XXXX-XXXX（日中連絡可能なもの）

2. サービスを利用するまでの流れ

☆ 受給者証

(一) 通所受給者証

受給者証番号	
住所給付決定保護者	
居住地	
フリガナ	
氏名	
生年月日	
児童	
フリガナ	
氏名	
生年月日	
交付年月日	
市町村番号	
支給市町村名及び印	

(二) 障害児通所給付費の給付決定内容

支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
特記事項欄	
予備欄	

(三) 障害児通所給付費の給付決定内容

支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
特記事項欄	
予備欄	

契約日	事業所名	サービス種別

(五) 利用者負担に関する事項

負担上限月額		円
適用期間		
食事提供体制加算対象者		非該当
適用期間		
利用者負担上限額管理対象者該当の有無		非該当
利用者負担上限額管理事業所名		
特記事項欄		
予備欄		

(四) 障害児相談支援給付費の支給内容

支給期間	
指定相談支援事業所名	
障害児相談支援	
予備欄	

契約日	事業所名	サービス種別

契約日	事業所名	サービス種別

3. 放課後等デイサービスってどんなところ？

1. どんな事業所？

→児童福祉法に位置づけられた通所型の福祉サービスです。障がいのある就学児童(小学生・中学生・高校生)が学校の授業終了後や夏休みなどの長期休暇中に通所できる事業所です。

2. どんな支援を受けられる？

→各事業所で行われる支援は様々ですが、通所されるお子さんの特性や各施設の特徴に応じて選ぶ必要があります。

支援としては、ソーシャルスキルトレーニングなどの自立のための療育、学習支援や創作活動、地域交流や居場所の提供、家族のための余暇の提供などがあります。

3. 放課後等デイサービスってどんなところ？

3、利用方法は？

「**2. サービスを利用するまでの流れ**」を参照してください。決定後、市が交付する受給者証を交付（取得）することで事業所と契約し、決定した利用開始日から通所することができます。

なお、契約時には、印鑑や加入している保険がわかるものなどが必要となりますので、持参するものについては事業所へご確認ください。

3. 放課後等デイサービスってどんなところ？

4. 利用料金はどれくらい？

所得区分	対象となる人	上限額 (月額)
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一般1	市民税課税世帯で所得割28万円未満	4,600円
一般2	上記以外 (収入がおおむね890万円を超える世帯)	37,200円

※受給者証を取得することで、1割の自己負担でサービスが受けられます。なお、自己負担のほか、おやつ代やレクリエーション費用などが別途かかる場合があります。

4. 児童発達支援から放課後等デイサービスへ

① 切り替え時の手続きは？

通常、障がい児通所給付費のサービス支給有効期限は「**誕生月の末日**」に設定をしますが、児童発達支援から放課後等デイサービスへ変更時(切り換え時)は、**6歳到達後の3月末**となります。

そのため、切り替えを必要とする方は、**3月末にサービスを更新する必要があります。**

② 通所する事業所の選定

「**2. サービスを利用するまでの流れ**」と同様ですが、児童発達支援と放課後等デイサービスを両方提供している事業所もあります。

4. 児童発達支援から放課後等デイサービスへ

③ 利用する計画相談の選定

計画相談支援事業所へ依頼または、セルフプランを選択します。

なお、児童発達支援利用時に利用していた計画相談支援事業所でも**可能**ですが、事業所によっては**未就学児を専門としているため対応できない**場合もありますので、ご注意ください。

④ 障がい福祉課へ申請書の提出

「**2. サービスを利用するまでの流れ**」と同様ですが、**診断書等が必要な方は、新1年生になってからの更新申請時(誕生日月)に必要**となります。

☆最後に☆

放課後等デイサービスは、事業所ごとに様々なタイプや特色があることから、お子さんの特性やどのような支援・療育などが必要か検討した上で選択する必要があります。

また、お子さんが無理なく通える日数なのか、通いやすい場所なのかもサービスを利用する上で重要となります。利用を決める前に、見学や可能であれば体験利用を行うことをお勧めします。

【サービスに関する問い合わせ先】
障がい福祉課 障がい福祉係
住所：ふじみ野市福岡1-1-1
電話：049-262-9032(直通)