

様式第1（第2条関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書)

記入例

※田中市長様

氏名、個人番号等をご記入ください。

児童の場合は、保護者様の氏名、個人番号をご記入ください。

児童の場合のみご記入ください。

各種手帳等をお持ちの場合はご記入ください。お持ちでない場合は空欄でかまいません。

お手持ちの受給者証等をご覧のうえ、ご記入ください。

申請年月日		年	月	日	
氏名		個人番号			
生年月日		年	月	日	
電話番号					
氏名		個人番号			
生年月日		年	月	日	
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		
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る）					
障害支援区分の認定					
利用中のサービスの種類と内容等					
要介護認定		要介護度			
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			
訓練系・就労系	☐ 短時間就労支援				
	☐ 療育				
	☐ 生計援助				
	☐ 就労継続支援B型				
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助（グループホーム）			
地域相談支援	☐ 地域移行支援				
	☐ 地域定着支援				

この欄への記入は提出の際に聞き取りいたしますので、ご記入の必要はありません。

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・概意見書の支援施設等に関する事項を記載し、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師等による相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者人等による相談支援事業者等に提示することに同意します。また、所得状況に係る公募関係書類を提出します。

氏名をご記入ください。

児童の場合は、保護者様の氏名をご記入ください。

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				

該当する場合はご記入ください。

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、排せつ又は食事等を行う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）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80万9千円以下のもの ②①以外の者 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者：所得割28万円未満）に属する者		
	☐ II 医療型 下記		
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護 2. 市町村	この欄への記入は提出の際に聞き取りいたしますので、ご記入の必要はありません。	
	☐ III 施設入居 軽減措置 下記 （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）	施設の食費等	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 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（年齢 歳）	
☐ 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			

申請者本人の場合は、□にレ点をお願いします。申請者本人以外の場合は、氏名等をご記入ください。