

(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

大竹市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	オオタケ タロウ	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 〇 〇 〇			
	氏 名	大竹 太郎	生年月日				
	居 住 地	〒 739-0692 大竹市 小方〇丁目 〇番 〇号	サービス利用者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。				
フリガナ	オオタケ コタロウ	個人番号			9876 5432 1〇〇〇		
支給申請に係る児童氏名	大竹 小太郎	生年月日	平成〇年〇月〇日				
		続柄	長男				
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	広島県第 12345 号	精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)		記号〇〇 番号〇〇〇〇		保険者名及び番号(※)		保険者名〇〇 番号〇〇	
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。）							(有) ・ 無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	(有)・無	区分等 ① 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険サービス	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 () ・ 要介護	1 2 3 4 5
		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
		介護給付費	訓練等給付費	
サービス	訪問系・その他	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援護	/	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
		/	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<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"/> 就労継続支援 A 型	
居住系	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型			
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）※		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

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、大竹市から指定特定相談支援事業者、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。

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇先生	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒739-〇〇〇〇 大竹市〇丁目〇番〇号 電話番号 0827-〇〇-〇〇〇〇		

(※) 主治医の欄は、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、排せつ又は食事等の介護の提供を受ける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に限る。）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	<input checked="" 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) 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 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害 ② ①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)に属する者	減免とはサービスの利用者負担をさらに下げる際に必要な申請です。 該当になるかよく確認し、申請する減免にチェックを入れてください。 チェックした場合でも審査により非該当となる場合がありますので予めご了承ください。 申請しない場合はチェックを入れる必要はありません。
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	<div>〈20歳以上の方〉 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の者</div> <div>〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)</div>	証明する書類の例
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者軽減措置 下記のいずれにもあてはまるため、特 (注)対象施設は、介護給付費の対象とな	〈本人の収入がわかるもの〉 ・生活保護受給証明書の写し ・年金振込通知書(前年の1月から12月までの額がわかるもの) ・年金証書 ・工賃等就労収入額の証明書 ・市町村の課税・非課税証明書 ・手当て等の額がわかる書類
	<input checked="" type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障 市町村民税非課税世帯又は生活保護受 ます。	〈必要経費額のわかるもの〉 ・国民健康保険の保険料等を納付した証明書 ・グループホームの家賃額のわかるもの(契約書や証明書)
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担 生活保護への移行予防措置(□自己負 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請

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		