

# 記入見本

（介護給付費 訓練等給付費 地域相談支援給付費 特定障害者給付費）  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

大和市長 あて  
次のとおり申請します。

黒塗り部分をご記入の上相談支援事業所  
またはすすく子育て課にお持ちください。  
裏面に署名してください。

申請者	フリガナ	ヤマト シンタロウ		生年月日	昭和45年 6月18日
	氏名	大和 親太郎			
	居住地	〒242-0001 大和市鶴間1-31-7			
フリガナ		ヤマト コタロウ		生年月日	平成23年12月7日
支給申請に係る児童氏名		大和 子太郎		続柄	子
身体障害者手帳の有無	有・無	療育手帳の有無	有・無	精神障害者保健福祉手帳の有無	有・無
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(※)			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: 非該当 1 2 3 4 5 6	有効期間	.. ~ ..	
	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		
申請するサービス	サービスの種類及び申請に係る具体的な内容						
	その他訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護	身体	時間/月	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月	<input type="checkbox"/> 療養介護
		<input type="checkbox"/> 家事支援	時間/月	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間/月	<input type="checkbox"/> 生活介護	
		<input type="checkbox"/> 通院	時間/月	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援
		<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	単位/月		
活動系中	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能・生活)		<input type="checkbox"/> 就労移行支援		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		
その他	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A・B型)				
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助		<input type="checkbox"/> 自立生活援助				
【 <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> サテライト型】							
地域相談支援							
<input type="checkbox"/> 地域移行支援			<input type="checkbox"/> 地域定着支援				

記入見本なので、別添申請書にご記入願います。

児童支援利用計画案「サービス等利用計画案」のある方は、計画案の内容を記入してください。

起案日	・	・	決裁	担当	係長/主幹	課長
決裁日	・	・				
施行日	・	・				
送付日	・	・		上記及び裏面のとおりに申請がありましたので、別紙のとおりに決定してよいでしょうか。		

主治医(※)	医療機関名		診療科	科
	主治医氏名		最終受診年月	平成 年 月
	所在地	〒 電話番号 ( )		

(※)主治医の欄は、介護給付費又は訓練等給付費(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	所得区分認定	<input 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に属する者 ※療養介護を利用する場合は、①又は②にあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯に属する者であって、申請者が障がい者の場合は市町村民税所得割額の世帯合算額が16万円未満、障がい児の保護者の場合は28万円未満のもの ※18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障がい者の「世帯」の範囲は「 <u>障がい者及び同一の世帯に属する配偶者</u> 」です。							
	医療型個別減免	<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。 <table border="1"> <tr> <td>&lt;20歳以上の方&gt;</td> <td>&lt;20歳未満の方&gt;</td> </tr> <tr> <td>1. 療養介護利用者であること(年齢 才)</td> <td>1. 療養介護利用者であること(年齢 才)</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村民税非課税世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>		<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1. 療養介護利用者であること(年齢 才)	1. 療養介護利用者であること(年齢 才)	2. 市町村民税非課税世帯の者	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>							
	1. 療養介護利用者であること(年齢 才)	1. 療養介護利用者であること(年齢 才)							
	2. 市町村民税非課税世帯の者								
補給付	<input type="checkbox"/> III. 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (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)								
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>							
	1. 施設入所者であること(年齢 才)	1. 施設入所者であること(年齢 才)							
	2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者								
	<input type="checkbox"/> 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。								
移行予防	<input type="checkbox"/> 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。

【同意欄】

- (1) サービス等利用計画又は個別支援計画等を作成するために必要があるときは、表面の申請者と同じ方の署名を忘れずをお願いいたします。  
 用意意向聴取の内容、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、相談支援受給者証を大和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の関係人に情報提供することに同意します。
- (2) 当該支給申請に伴う支給の決定にあたり、私及び私と同一の世帯に属する家族に係る住民票、税情報、保険等の関係情報を収集することを承諾します。

申請者氏名: **大和 親太郎**

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 ( )		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所		