

様式第1号(第3条関係)

記入例

(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

守谷市福祉事務所長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	障がい者本人の氏名		個人番号	障がい者本人の個人番号	
	氏名			生年月日	障がい者本人の生年月日	
	居住地	障がい者本人の住所と電話番号				
フリガナ				個人番号		
支給申請に係る障害児氏名				生年月日	年 月 日	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		利用する本人が児童の場合は、こちらに本人の氏名を記入し、申請者は保護者の方の氏名を記入してください。		
被保険者証の記号及び番号(※)						
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受給の有無)						
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	1 2 3 4 5 6	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	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	
	訪問系・その他	介護給付費等		訓練等給付費		利用したいサービスにチェックしてください。
		☐ 居宅介護		☐ 就労定着支援		
		☐ 重度訪問介護		☐ 自立生活援助		
		☐ 同行援護				
		☐ 行動援護				
		☐ 短期入所				
	日中活動系	☐ 重度障害者等包括支援				
		☐ 療養介護		☐ 自立訓練(機能訓練)		
		☐ 生活介護		☐ 自立訓練(生活訓練)		
				☐ 宿泊型自立訓練		
				☐ 就労移行支援		
		☐ 就労移行支援(養成施設)				
居住系			☐ 就労継続支援A型			
			☐ 就労継続支援B型			
	☐ 施設入所支援		☐ 共同生活援助(グループホーム)			
	☐ 地域移行支援					
地域定着支援	☐ 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、障害支援区分の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、守谷市障がい者介護給付等審査会における審査判定結果及び意見並びに医師意見書の全部又は一部を、守谷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若しくは指定障害者支援施設若しく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 障がい者本人の氏名

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援（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。）を介護給付費(旧法指定施設を除く。)を申請する場合に記入すること。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (該当するものに○を付ける。)	
	1 生活保護受給世帯に属する者	
	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の該当する方にも○を付ける。	
	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80万円以下の者	
	② ①以外の者	
	3 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割16万円未満(障害児(注)にあつては28万円未満)のもの(20歳以上の施設等入所者を除く。)	
	(注)「障害児」には、20歳未満の施設等入所者を含み、加齢児を除く。	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 次の区分に該当するため、医療型個別減免を申請します。	
	☐ 〈20歳以上の方〉	☐ 〈20歳未満の方〉
	1 療養介護利用者	歳)
	2 市町村民税非課税	
	この欄は、必要な場合は添付書類をいただきますので記入の必要はありません。	
	☐ III 障害者支援等軽減措置 次の区分に	に(入所施設の食費
	☐ 〈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 歳)	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に属する者	
	☐ IV 共同生活援助(グループホーム)の入所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) 市町村民税課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者であるため、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。 ※ 福祉事務所長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。
(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、特定旧法指定施設)

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	申請書提出者の氏名	申請者との関係	
住所	〒申請書提出者の住所電話番号		