

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 様

次のとおり申請します。

		申請年月日		R7年 1月 1日											
申請者	フリガナ	モリヤ ハナコ		個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	氏 名	守谷 花子		生年月日	H1年 1月 1日										
	居 住 地	〒 302-0198 守谷市大柏9501													
				電話番号	0297-45-1111										
フリガナ				個人番号											
支給申請に係る児童氏名				生年月日	年 月 日										
				続 柄											
身体障害者手帳番号	※	療育手帳番号	※	身体障害者保健手帳番号	※	疾病名									
障害基礎年金1級の受給の有無				※お持ちの方											

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		利用中のサービスの種類と内容等	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。									
	介護保険サービス	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		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		□就 労 選 択 支 援											
		□行 動 援 護													
	訓練系・就労系	□短期入所		□自立訓練（機能訓練）											
		□療 養 介 護		□自立訓練（生活訓練）											
		□生活介護		□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	□施設入所支援		□就 労 継 続 支 援 A 型												
			□就 労 継 続 支 援 B 型												
	□地域移行支援		□共同生活援助（グループホーム）												
地域相談支援	□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、〇〇市（町・村）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。

申請者氏名 守谷 花子

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒		
電話番号				

()

しばらく受診をしていない場合は受診が必要です。
受診先がない場合はご相談ください。

ものであって入浴、排せつ又は食事等型指定共同生活援助事業所の利用を希望以外の病院で精神病室が設けられていすること。

申請する減免の種類	<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80万円以下のもの ② ①以外の者 3. 市町村 施設入所者:所得割 28	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別 下記の	
	(20歳以上の 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	
	1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)	
	<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 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。		
<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(<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。		

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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			