

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

(宛先)小牧市福祉事務所長

次のとおり申請します。この申請の決定のため、私の世帯の税務資料及び生活保護受給状況について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号:		
	居住地	電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る児童氏名	個人番号:	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	
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	

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

申請状況	サービス利用	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等					
		介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護 1 2 3 4 5		
申請するサービスの種類	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費		申請にかかる具体的内容		
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	/				
		<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 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"/> 就労移行支援					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(雇用型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(非雇用型)						
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	/					
	<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設							
地域支援相談	<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、小牧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。

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		

主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費(入浴、排せつ、食事等の介護の提供を受けることを希望する場合又は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の共同生活援助に係るものに限る。)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 type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 下記区分の適用を申請します。 (該当するものに○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 市民税非課税世帯(※)の者 ※ 療養介護を必要とする場合は、①又は②の当てはまる方にも○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80万円以下の者 ② ①以外の者 3 市民税課税世帯の者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2 市民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 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(入所施設の食事等軽減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、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〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市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)
	<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) 市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、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(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置、□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。		
<input type="checkbox"/> VI 災害その他の厚生労働省令で定める特別の事業に関する認定 下記の理由により介護給付費等の額の特例を申請します。 (理由)		

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		