

Đơn xin cấp trợ cấp kèm đơn xin giảm/miễn phần chi phí do người sử dụng chi trả Trợ cấp chăm sóc Trợ cấp đào tạo và phục hồi chức năng Trợ cấp đặc biệt dành cho người khuyết tật cụ thể Trợ cấp hỗ trợ tư vấn tại cộng đồng

Kính gửi: Trưởng phòng Phúc lợi thành phố Komaki

Tôi xin nộp đơn theo nội dung dưới đây. Để phục vụ cho việc xem xét và quyết định đối với đơn này, tôi đồng ý cho phép cơ quan có thẩm quyền kiểm tra, đối chiếu và tra cứu các tài liệu thuế của hộ gia đình tôi cũng như tình trạng đang nhận trợ cấp bảo hộ xã hội.

Ngày tháng năm nộp đơn Reiwa năm 8 tháng 4 ngày 1

Người nộp đơn	Phiên âm	コマキ タロウ		Mã số cá nhân	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Họ và tên	Komaki Taro		Ngày sinh	Taisho Showa Heisei Reiwa Năm 3 tháng 1 ngày 1											
	Nơi cư trú	〒 485-8650 Komaki-shi Horinouchi 3-1		Số điện thoại	0568-76-1127											
Phiên âm			Mã số cá nhân													
Họ tên trẻ em liên quan đến đơn xin cấp trợ cấp			Ngày sinh	Heisei Reiwa Năm tháng ngày												
			Mối quan hệ													
Số sổ tay người khuyết tật thể chất	Aichi ken 11111 Loại 1 Cấp 1	Số sổ tay khuyết tật trí tuệ		Số sổ tay phúc lợi sức khỏe dành cho người khuyết tật tâm thần					Tên bệnh							
Có hay không việc đang nhận trợ cấp hưu trí cơ bản cho người khuyết tật bậc 1 (chỉ áp dụng đối với người đăng ký dịch vụ hỗ trợ duy trì việc làm)."														Có · Không		

Tình trạng sử dụng dịch vụ	Các dịch vụ liên quan tới phúc lợi người khuyết tật	Công nhận mức độ hỗ trợ khuyết tật	Có · Không	Mức 1 2 3 4 5 6	Thời hạn hiệu lực	令和6年1月1日 ~令和8年12月31日
		Các loại dịch vụ đang dùng và nội dung cụ thể				
	Dịch vụ bảo hiểm chăm sóc	Chứng nhận mức độ cần chăm sóc	Có · Không	Mức độ cần chăm sóc	Mức cần hỗ trợ 1, 2; mức cần chăm sóc 1 2 3 4 5	
Dịch vụ đăng kí	Phân loại	Các loại dịch vụ				Nội dung cụ thể liên quan tới đăng kí
		Chi phí trợ cấp chăm sóc		Chi phí trợ cấp đào tạo.v.v		
		☒ Chăm sóc tại nhà		☐ Hỗ trợ ổn định công việc		
		☐ Chăm sóc tại nhà cho người khuyết tật nặng		☐ Hỗ trợ sống tự lập		
		☐ Hỗ trợ đi cùng		☐ Hỗ trợ lựa chọn việc làm		
	Nhóm dịch vụ tại nhà/ Khác	☐ Hỗ trợ hoạt động				Chăm sóc tại nhà (Chăm sóc thể chất) 5 giờ/tháng
		☐ Hỗ trợ toàn diện cho người khuyết tật nặng				
		☐ Lưu trú ngắn hạn		☐ Đào tạo tự lập (chức năng)		
		☐ Chăm sóc dưỡng bệnh		☐ Đào tạo tự lập (sinh hoạt)		
		☐ Hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày		☐ Đào tạo tự lập theo kiểu lưu trú		
Nhóm dịch vụ đào tạo, hỗ trợ việc làm/ hoạt động ban ngày			☐ Hỗ trợ chuyển sang làm việc			
			☐ Hỗ trợ chuyển sang làm việc (tại cơ sở đào tạo)			
			☐ Hỗ trợ việc làm liên tục loại A			
			☐ Hỗ trợ việc làm liên tục loại B			
Nhóm cư trú	☐ Hỗ trợ nhập cư trú ở cơ sở		☐ Hỗ trợ sinh hoạt chung (nhà nhóm)			
地域相談支援	☐ Hỗ trợ chuyển về sống trong cộng đồng					
	☐ Hỗ trợ ổn định cuộc sống cộng đồng					

Tôi đồng ý cho thành phố Komaki, khi cần thiết để lập kế hoạch sử dụng dịch vụ hoặc kế hoạch hỗ trợ cá nhân, được cung cấp một phần hoặc toàn bộ thông tin của tôi như kết quả đánh giá mức độ khuyết tật, tình trạng hiện tại, nguyện vọng sử dụng dịch vụ, kết quả thẩm định của thành phố và ý kiến bác sĩ cho các đơn vị liên quan như: cơ sở tư vấn, cơ sở cung cấp dịch vụ phúc lợi hoặc cơ sở hỗ trợ người khuyết tật được chỉ định.

Họ tên người nộp đơn Komaki Taro

Bác sĩ chủ trì (※)	Họ tên bác sĩ điều trị chính		Tên cơ quan y tế	
	Địa chỉ	Số điện thoại		

(※) Mục “Bác sĩ chủ trì” chỉ cần điền khi đăng ký trợ cấp chăm sóc, khi đăng ký trợ cấp đào tạo, nhưng chỉ áp dụng trong trường hợp dụng dịch vụ nhà ở chung có kèm chăm sóc (tắm, vệ sinh, ăn uống...), hoặc muốn sử dụng cơ sở group home dạng hỗ trợ ban ngày; Khi cần hỗ trợ chuyên ra sống cộng đồng, nhưng chỉ dành cho người đang nhập viện tại bệnh viện tâm thần (bao gồm cả khoa tâm thần trong bệnh khác)

Loại hình miễn/giảm chi phí đăng ký	☐ I Công nhận mức trần chi phí phải tự chi trả hàng tháng Vui lòng đăng ký áp dụng một trong các phân loại dưới đây: (Khoanh tròn vào mục phù hợp. Nếu không thuộc mục nào thì để trống) 1. Hộ gia đình đang nhận trợ cấp sinh hoạt 2. Người thuộc hộ gia đình được miễn thuế cư trú (không phải đóng thuế thị dân)※ ※ Nếu sử dụng dịch vụ chăm sóc điều trị thì cũng chọn thêm ① hoặc ② ① Tổng thu nhập của chính người đăng ký + tiền trợ cấp khuyết tật ≤ 809.000 yên/năm ② Các trường hợp còn lại 3. Hộ gia đình có đóng thuế cư trú, nhưng mức thu nhập thấp (Người khuyết tật: thuế thu nhập < 160.000 yên Trẻ khuyết tật hoặc người dưới 20 tuổi sống tại cơ sở: < 280.000 yên)	
	☐ II Công nhận giảm miễn chi phí y tế cá nhân (loại y tế) Do đáp ứng tất cả các điều kiện dưới đây, tôi xin đăng ký áp dụng chế độ giảm miễn chi phí y tế cá nhân.	
	〈Đối với người từ 20 tuổi trở lên〉 1. Là người sử dụng dịch vụ (chăm sóc điều trị) (Tuổi: ...)	〈Đối với người dưới 20〉 1. Phải đang sử dụng dịch vụ chăm sóc điều trị (Tuổi:)
	☐ III Công nhận trợ cấp đặc biệt dành cho người khuyết tật (trợ cấp bổ sung) đối với người sống tại cơ sở (※) (Giảm chi phí ăn uống và sinh hoạt tại cơ sở) Do đáp ứng tất cả các điều kiện dưới đây, tôi xin đăng ký trợ cấp đặc biệt dành cho người khuyết tật. ※ Cơ sở áp dụng: là các cơ sở lưu trú thuộc diện được hỗ trợ theo trợ cấp chăm sóc (ví dụ: cơ sở hỗ trợ người khuyết tật)	
	〈Đối với người từ 20 tuổi trở lên〉 1. Là người đang sống tại cơ sở (Tuổi:) 2. Người thuộc hộ gia đình không phải đóng thuế cư trú hoặc đang nhận trợ cấp sinh hoạt”	〈Đối với người dưới 20 tuổi〉 1. Là người đang sống tại cơ sở (Tuổi:)
	☐ IV Công nhận trợ cấp đặc biệt dành cho người khuyết tật (trợ cấp bổ sung) đối với người sống tại group home (biện pháp giảm tiền thuê nhà) Do tôi thuộc hộ không phải đóng thuế cư trú hoặc hộ đang nhận trợ cấp sinh hoạt, nên tôi xin đăng ký trợ cấp đặc biệt dành cho người khuyết tật.	
☐ V Công nhận biện pháp phòng ngừa chuyển sang trợ cấp sinh hoạt (biện pháp giảm chi phí tự trả, biện pháp đặc biệt về trợ cấp bổ sung) Tôi xin đăng ký áp dụng biện pháp phòng ngừa chuyển sang trợ cấp sinh hoạt (☐ Giảm chi phí tự chi trả) ☐ Biện pháp đặc biệt về trợ cấp bổ sung ※ Cần nộp giấy chứng nhận thuộc đối tượng cận chuẩn (境界層対象者証明書) do cơ quan phúc lợi cấp.		

Đối với mọi trường hợp, cần đính kèm các giấy tờ có thể xác minh sự việc khi nộp đơn.

Người nộp đơn	☒ Chính người nộp đơn ☐ Người khác (vui lòng ghi vào mục bên dưới)		
Họ và tên		Mối quan hệ với người nộp đơn	
Địa chỉ	Số điện thoại		