

（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

内子町長 様

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		個人番号													
	氏 名		生年月日							年		月			日	
	居 住 地	〒 電話番号														
	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		精神障害者保健福祉手帳番号								疾病名				
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			

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	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
		介護給付費		訓練等給付費		
	訪問系・その他	☐ 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				
		☐ 重度障害者等包括支援				
	日中活動系・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）			
			☐ 就 労 継 続 支 援 A 型			
		☐ 就 労 継 続 支 援 B 型				
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）※				
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援					
	☐ 地 域 定 着 支 援					

※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、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か否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。

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、町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、内子町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（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及び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	☐ 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80万9千円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者	
	☐ 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。	
	〈20歳以上の方〉 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	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)
	☐ 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〉 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	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること(年齢 歳)
	☐ 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	☐ 申請者本人 ☐ 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		

世帯状況・収入

内子町長 様

【申告年月日】 令和 年 月 日

【申告者】 住所
氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏 名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯主				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税

2 申請者の収入の状況について

以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申 請 者 との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

(記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

同 意 書

令和 年 月 日

内 子 町 長 殿

住 所
氏 名

印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく介護給付費、訓練給付費、及び施設訓練等支援費の支給認定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況、年金等の受給状況、生活保護の受給の有無等について、関係書類の閲覧、担当課及び他の官公署への照会を行うことに同意します。

勘案事項整理票

氏名：		
障害の種類 及び程度	身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳	(記載内容)
	障がい支援区分	(区分) 非該当 1 2 3 4 5 6 (旧法) A B C (認定有効期間) 年 月 日～ 年 月 日
その他の心身の状況		
介護を行う者の 状況	氏名： 本人との続柄： 年齢： 性別： 心身の状況： 生活状況等：(就労状況等を記入)	
介護給付等又は 地域相談支援給 付の受給状況、 障害児施設の利 用状況	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
介護保険給付に係る居宅 サービスの利用の状況	(要介護度) 非該当 支 1 2 介 1 2 3 4 5 サービスの種類：	
他の保健医療サービス又は 福祉サービス等の利用状況		
障がい福祉サ ービスの利用 に関する意向 の具体的内容	利用目的等：	
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；	
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；	
当該障がい者の置 かれている環境	(当該障害者が居住する住居の立地、構造、生活環境等を記入)	
当該申請に係 るサービスの提供 体制の整備の 状況	サービスの種類： 利用予定事業者：	
	サービスの種類： 利用予定事業者：	
備考		

計画相談支援・障がい児相談支援依頼（変更）届出書

内子町長 様

次のとおり届出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏 名			
	個人番号			
	居 住 地	〒		
		電話番号		
フリガナ		生年月日		
申請に係る 児 童 氏 名			続柄	
個人番号				

計画相談支援・障がい児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障がい児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住 所	〒
電話番号	

指定特定相談支援事業所・指定障がい児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 年 月 日

計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費支給申請書

内子町長 様

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													生年月日	
	氏 名	㊟													
	個人番号														
	居 住 地	〒													
		電話番号													
フリガナ														生年月日	
申 請 に 係 る 児 童 氏 名															
個 人 番 号														続柄	

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）			
フリガナ			申 請 者 との関係	
氏 名	㊟			
住 所	〒			
電話番号				