

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)
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 氏名	〒		生年月日	年 月 日
	居住地	電話番号			
フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名	〒		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	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)	
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)					有 ・ 無

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

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	障害程度 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
		介護給付費		訓練等給付費		
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/			
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護				
		<input type="checkbox"/> 行動援護				
		<input type="checkbox"/> 児童デイサービス				
		<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"/> 宿泊型自立訓練			
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援			
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)			
居系 居住	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援					
旧設 法支援	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者更生施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者療護施設(入所・通所)				
	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者更生施設(入所・通所)				
	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者通勤寮				

サービス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、障害程度区分認定に係る認定調査及び概況調査の内容、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及び意見並びに医師意見書の全部又は一部を、内子町から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設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(旧法指定施設を除く。)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 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。 (当てはまるものに○を付ける。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であって、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 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの		
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 次のいずれにも当てはまるため、個別減免を申請します。 1 グループホーム若しくはケアホームの入居者又は施設入所者(注) (20歳以上の者に限る。) 2 市町村民税非課税世帯の者 3 一定の資産を有していないこと。 ア 預貯金等の額が500万円以下であること(同居家族がある場合は1,000万円以下)。 イ 不動産(親族等が現に居住する不動産を除く。)を所有していないこと。		
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食事軽減措置) 次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。 ----- <table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 10px;"> <20歳以上の方> 1 施設入所者(注)であること(年齢 歳)。 2 市町村民税非課税世帯の者 </td> <td style="padding-left: 10px;"> <20歳未満の方> 1 施設入所者(注)であること(年齢 歳)。 </td> </tr> </table>	<20歳以上の方> 1 施設入所者(注)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 施設入所者(注)であること(年齢 歳)。
	<20歳以上の方> 1 施設入所者(注)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 施設入所者(注)であること(年齢 歳)。	
<input type="checkbox"/> IV 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。			
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 次のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。		

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	Ⓔ	申請者との関係	
住所	〒 電話番号		