

記入例

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害支給申請書兼利用者負担額

四角で囲まれた灰色の部分を入力してください。

南部町長 様

次のとおり申請します。

申請者		フリガナ	生年月日	申請年月日	令和 年 月 日
氏名		個人番号	明治 昭和	大正 平成	年 月 日
居住地		〒	番号	・令和	年 月 日
フリガナ					
支給申請に係る児童氏名			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		

申請者はサービスを利用される本人の氏名等をご記入ください。

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	
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護			

利用中のサービスの種類と内容等

以下の①～③に該当する場合はその内容を記入してください。
①障害支援区分の認定を受けている場合
②障がい福祉サービスを利用している場合
③介護保険サービスを利用している場合

申請するサービス	区分	サービスの種類		
		介護給付費	訓練	
		<input type="checkbox"/> 居宅介護		
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
		<input type="checkbox"/> 同行援護		
	訪問系・その他	<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"/> 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)			
居住系	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型			
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型			
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
地域相談支援	<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			

ご利用中、又は利用予定のサービスにチェックしてください。

※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必要があるときは、障害程度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、南部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	〒	

(※) 主治医の欄は、介護給付費又は地域生活支援給付費(※)に入院している者に

この欄への記入は「障害支援区分」の認定を受けるために必要です。
 障害支援区分がない方(有効期限が切れる方)で①～③のサービスを申請する場合は主治医の氏名等を記入してください。
 ①介護給付費(居宅介護、生活介護、施設入所支援など)
 ※表面の「申請するサービス欄」を参照してください。
 ②共同生活援助(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に限りです。)
 ③地域移行支援

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。いずれか1つを必ずつける)	
	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 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	
	<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(年令 才) 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(年令 才)
<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> 1. 施設入所者であること(年令 才) 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(年令 才)	
<input type="checkbox"/> IV グループホーム等入居者(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(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。 (注) 対象事業所は、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)		
<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。		

申請書を提出に来られた方を記入してください。

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。

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		