

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・免除等変更申請書

狛江市長 宛て  
次のとおり申請します。

サービスを受ける方の名前を記入してください。

年月日 ○年 ○月 ○日

フリガナ	コマエ タロウ		生年月日	年	月	日
氏名	狛江 太郎		個人番号	[個人番号欄]		
居住地	〒201-8585 狛江市和泉本町1-1-5		電話番号	03-3430-1111		
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 [個人番号欄]		続柄			
身体障害者手帳番号	東京都第○○○号	療育手帳番号	東京都第□□□号	精神障害者保健福祉手帳番号	第 [ ] 号	
被保険者等記号番号(※)			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

マイナンバーのご記入をお願いします。

就労継続支援B型を申請する場合のみ記入してください。

※「被保険者等記号番号」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	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	1 2 3 4 5	

受給者証に記載されている障害支援区分・サービスを記入してください。

変更申請するサービスにチェックをつけてください。

申請するサービス	区分	サービス		申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費	生活介護 8日控除/月 短期入所 5日/月
		<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		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	※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。
		<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"/> 就労選択支援		
		<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"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)※		
	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

受給するサービスの内容を記載してください。

サービスを受ける方の名前を記入してください。

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、市町村審査意見書の全部又は一部を、狛江市から指定特定相談支援事業者、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 狛江 太郎

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	<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。いずれにもあ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基礎年金等の収入の合計が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(障がい者:所得割16万円未満, 障がい児:所得割28万円未満)に属する者		該当すると思われるものに○をしてください。
	<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>	<20歳未満の方>	
	1. 療養介護利用者であること。(年令 才)	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		
<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)			
施設入所者であてはまる場合は、チェックをしてください。		あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 費の対象となる入所施設(障害者支援施設)	
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>		
1. 施設入所者であること。(年令 才)	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			
<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。			
<input type="checkbox"/> 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該当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。

届出をされる方を記入してください。  
18歳以上の方→本人  
18歳未満の方→保護者

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		