**（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**

滝沢市長　様

次の通り申請します。

サービス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、障害支援区分認定調査･概況調査の内容、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、滝沢市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しく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。

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | 生年月日 | 大・昭  平・令 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  | | |  |
| 個人番号 |  | | |  |
| 居住地 | 〒 | | | | | 電話番号 | | |
| フリガナ | |  | | | | 続柄 |  | | |
| 支給申請に係る児童氏名 | |  | | | | 生年月日 | 平・令 | 年　　　月　　　日 | |
| 個人番号 | |  | | | |
| 手帳の種類  及び番号等 | | 身体障害者手帳 | | 第　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | 種　　　　級 |
| 療育手帳 | | 第　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | 判定 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | 第　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | 級 |
| 障害基礎年金1級の受給の有無(**就労継続支援A型･B型**を申請する者) | | | | | | | 有　　・　　無 | | |
| 被保険者証の記号番号(※) | | |  | | | 保険者名(※) |  | | |

※被保険者証の記号番号及び保険者名及び番号は療養介護を申請する場合記入すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用状況 | 障害福祉  サービス | | | 障害支援区分の認定 | 有・無 | | | 区分１２３４５６ | | 有効期間 | |  |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | | |
| 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１２３４５ | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | | |
| 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 | □ | **居宅介護** | | | □ | **生活介護** | | | |  | |
| □ | **重度訪問介護** | | | □ | **短期入所** | | | |
| □ | **同行援護** | | | □ | **重度障害者等包括支援** | | | |
| □ | **行動援護** | | | □ | **共同生活介護(ケアホーム)** | | | |
| □ | **療養介護** | | | □ | **施設入所支援** | | | |
| 訓練等  給付費 | □ | **自立訓練（機能訓練）** | | | □ | **就労継続支援（Ａ型）** | | | |
| □ | **自立訓練（生活訓練）** | | | □ | **就労継続支援（Ｂ型）** | | | |
| □ | **宿泊型自立訓練** | | | □ | **共同生活援助(グループホーム)** | | | |
| □ | **就労移行支援** | | | □ | **自立生活援助** | | | |
| 地域相談支援 | □ | **地域移行支援** | | | □ | **地域定着支援** | | | |  | |

（※裏面へ）

＊確認欄(記入しないで下さい。)令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日　　　　　　 円／月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □一般2 | □一般1  (CH.GH入所以外) | □低1.2 | □生保 | □食事加算 | □入所 | 円/日 |
| □CH.GH | 円/月 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関名 | （　　　　　　　　科） | 主治医氏名 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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○を付けてください。）  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にあてはまる方にも○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額が80万円以下のもの  　　②①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: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. 施設入所者であること（　　　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（　　　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,特定旧法指定施設)  **〈２０歳以上の方〉**  １. 施設入所者であること（　　　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（　　　歳） |
| **□　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(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ) |
| **□　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。  ＊福祉事務所等が発行する境界層対象者証明書が必要です。 |

＊この申請書には、事実を確認できる書類を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　　　□申請者本人以外（下記の欄に記入） | | |
| 氏　　名 |  | 申請者  との関係 |  |
| 住　　所 | 電話番号 | | |