

様式第1号（第6条関係）

（表）

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・療養介護医療費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

津山市長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日		
		申請種別		新規・更新・変更		
申 請 者	フリガナ	性別		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号		別紙 有・無		
	居住地	〒 電話番号				
児 童 の 場 合	フリガナ	性別		男・女	続柄	
	支給申請に係る 児童氏名	生年月日		年 月 日		
		個人番号		別紙 有・無		
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
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「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

主 治 医 (※)	医療機関名	主治医氏名	
	所在地	〒 電話番号	
			最終診察月
			年 月 日

(※)主治医の欄は、介護給付費若しくは訓練等給付費(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に限る。)の支給又は地域移行支援(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。

訪問調査連絡先	連絡者	申請者・連絡者（氏名）			
連絡のつきやすい 時間帯	いつでも可・（ : ~ : ）	連絡先	自宅等	— —	
立会	無・有（連絡者と異なる場合：氏名 続柄）	携帯	— —		
訪問調査先住所	居住地・居住地以外（住所）				

サ ー ビ ス 利 用 状 況	障害福祉 関係サービ	障害支援区分の認定	有・無	区分等	非該当 1 2 3 4 5 6	有効期間
	介護保 険サ一	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				

変更の理由
(変更申請の場合のみ記入)

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"/> 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					
		<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					
居 住 系		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型					
談 地 支 域 援 相	<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）					
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					

※共同生活援助について
(いずれかを選択)
①希望する事業所の種類
 日中サービス支援型
 外部サービス利用型
 サテライト型
②入浴、排せつ又は食事等の介護の提供について
 希望する
 希望しない

(裏)

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。 (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(注1)に属する者 ※療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○を付ける。 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(20歳未満の療養介護又は入所施設利用者を含む):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 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	(20歳以上の者) 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(注1)の者	(20歳未満の者) 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注2)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) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	(20歳以上の者) 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(注1)又は生活保護受給世帯の者	(20歳未満の者) 1 施設入所者であること。(年齢 歳)
	<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(注1)又は生活保護受給世帯に当てはまるため、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(自己負担減免措置又は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。 ※社会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。		

いずれにも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(注1) 18歳以上(入所施設利用者にあつては、20歳以上)の者の「世帯」の範囲は、「障害のある者及び同一の世帯に属する配偶者」です。

(注2) 対象施設は、介護給付費の対象となる障害者支援施設

この申請につき

- ① 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、障害支援区分認定に係る調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、審査会による審査判定結果・意見及び医師意見書について、サービス提供事業者、相談支援事業者等に写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ② 医師意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に障害支援区分の認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ③ 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係る利用者負担額の減額・免除等の決定を受けるために貴職が必要と認める場合は、私の世帯に関する事項(住民税課税の有無、必要経費ほか)について、貴職の公簿を確認すること及び貴職が各関係機関に照会し情報の提供を受けることに同意します。

申請者氏名 _____ (印)

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)	
フリガナ			
氏名		申請者との関係	

様式第1号（第6条関係）

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・療養介護医療費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（別紙）

申請年月日	年 月 日
申請種別	新規・更新・変更

申請者	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒		
	個人番号			

支給申請に係る児童氏名	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒		
	個人番号			