

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費・地域相談支援給付費
支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

令和 年 月 日

広陵町長 様

次のとおり申請します。

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、障がい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、広陵町から指定相談支援事業者、障がい福祉サービス事業者若しくは障がい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 (18歳未満の場合は 保護者氏名)	(フリガナ)	印	生年月日	年	月	日
	個人番号:					
申請者居住地	〒					
電話番号						
障がい児氏名 (18歳未満の場合)	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	申請者 との続柄
	個人番号:					
障がい児居住地	〒					
電話番号						
所持手帳	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳(番号:) <input type="checkbox"/> 療育手帳(番号:) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳(番号:)		障がい基礎年金1級の受給の有無 (就労継続B申請時のみ)		有・無	
被保険者証(療養介護申請時のみ)	記号番号:	保険者名:	保険者番号:			
サービス利用の状況	介護給付費 訓練等給付費	障がい支援区分	無・区分()	有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
		受給者番号	0 0 0 0 0			
	介護保険 要介護認定	無・要支援()・要介護()		主な利用サービス		
	その他サービス					
申請するサービス	サービス種類		摘要	今回 申請量(月)	前回 支給量(月)	利用方法等
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援			時間	時間	
	<input type="checkbox"/> 行動援護			時間	時間	
	<input type="checkbox"/> 短期入所			日	日	
	<input type="checkbox"/> 同行援護			時間	時間	
	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(<input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 生活訓練) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型)			<input type="checkbox"/> 原則の日数 <input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 原則の日数 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援					
<input type="checkbox"/> その他()						
支給(変更)を希望する理由						

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。（あてはまるものにレ印をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）	
<input type="checkbox"/> 1. 生活保護受給世帯	
<input type="checkbox"/> 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レ印をつける。	
<input type="checkbox"/> ① 利用者本人の合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの	
<input type="checkbox"/> ② ①以外のもの	
<input type="checkbox"/> 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28万円未満）に属する者	
※ 18歳以上の障がい者の「世帯」の範囲は、「障がいのある方及び同一の世帯に属する配偶者」	
<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。	
<input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉	<input type="checkbox"/> 〈20歳未満の方〉
1. 施設入所者であること（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又は生活保護受給世帯の者	
<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障がい者特別給付費（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、特定障がい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（障がい者支援施設）	
<input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉	<input type="checkbox"/> 〈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（注）に対する特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税課税世帯又は生活保護世帯にあてはまるため、特定障がい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（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（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。	

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		