

(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 計画相談支援給付費) 支給(変更) 申請書 兼 利用者負担額減額・免除等(変更) 申請書

上田市長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
	居住地	〒	個人番号	電話番号			続柄
	フリガナ 支給申請に係る 児童氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
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	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間	
	利用中のサービスの種類と内容等						
サービス利用の状況	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	1 2 3 4 5	
	利用中のサービスの種類と内容等						

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	※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"/>	重度訪問介護	<input type="checkbox"/>	自立生活支援	
	<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	
			<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)		
		<input type="checkbox"/>	共同生活援助 ※		
地域相談支援	<input type="checkbox"/>	施設入所支援	/		
	<input type="checkbox"/>	地域移行支援			
計画相談支援	<input type="checkbox"/>	地域定着支援			
	<input type="checkbox"/>	計画相談支援			

- 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、市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。
- 本件申請に係る審査・支給決定・年度更新のため、上田市が保有する申請者及び申請者の配偶者(受給者が児童の場合は当該児童を含む世帯員)について税務及び世帯情報並びに個人番号について、担当事務従事者が調査すること。
- 市が委託する事業所が、障害支援区分認定に係る調査をすること。

以上について同意します。

申請者氏名  
(自署又は記名押印)



主治医 (※)	医療機関名		主治医氏名	
	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。

配偶者氏名		配偶者個人番号	
-------	--	---------	--

配偶者（受給者が児童の場合は申請者の配偶者）の氏名及び個人番号は、賦課期日において市外に住所地を有していた場合など、市の保有する税務情報等で申請に係る世帯の所得課税状況を確認できない場合に記入すること。

世帯の収入等の状況	収入（A）（年収）（年金、手当等は当てはまるものに○をしてください）		
	収入	年金収入 （障害基礎年金、障害厚生年金、特別障害給付金、障害事由の労災年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
		手当等の収入 （特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
		工賃等収入	円
		その他の収入（ ）	円
	必要経費（B）		
経費	租税	円	
	社会保険料	円	

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額について、以下の区分の適用を申請します。			
	<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			
	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> ② ①以外のもの			
	<input type="checkbox"/> 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 医療型個別減免を申請します。（以下の要件に該当します。）				
20歳以上	1. 療養介護利用者であること（年令 歳） 2. 市町村民税非課税世帯であること	20歳未満	1. 療養介護利用者であること（年令 歳）	
<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付（補足給付）を申請します。（以下の要件に該当します。） （入所施設の食費軽減措置。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	1. 施設入所者であること（年令 歳） 2. 市町村民税非課税世帯であること	20歳未満	1. 施設入所者であること（年令 歳）	
<input type="checkbox"/> IV 特定障害者特別給付費（補足給付）を申請します。（グループホームの家賃軽減措置） 市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に該当します。				
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行防止措置（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の添付が必要。				

いずれも事実関係を証明できる書類を添付すること。

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		
受給者証送付先 氏名・住所・電話番号	<input type="checkbox"/> 上記へ送付 <input type="checkbox"/> 上記以外の場所へ送付（下の欄に記入）		