

特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) 負担額減額・免除等申請書

サービスを利用する方の情報を記入してください。(18歳未満の利用者は代表の保護者名を記入。)

次のとおり申請します。

記入例

申請年月日 年 月 日

フリガナ	ナカ タロウ	生年月日	昭和 61 年 1 月 1 日
氏名	那珂 太郎	個人番号	〒311-0192 那珂市福田 1819 番地 5
電話番号	029-298-1111	連絡がつながる番号をお願いします。	
フリガナ	ナカ ジロウ	生年月日	平成 20 年 2 月 2 日
氏名	那珂 次郎	続柄	次男
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	12345号2級	疾病名	
被保険者証	手帳等をお持ちの方や、難病等の疾病をお持ちの方は記入をお願いします。		
障害基礎	申請する者に限る。) 有・無		

※「被保険者証」欄に「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	<input checked="" type="radio"/> 有・無	区分等	1 2 <input checked="" type="radio"/> 4 5 6 非該当	有効期間	H 29.8.1~H 30.7.31
	介護保険サービス	要介護認定					4 5

更新時に区分の有効期限が切れる方は裏面の主治医欄の記入が必要となります。(黄色マーカーが引いてあります。)

申請するサービス	区分	サービスの種類	
		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
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型
		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援	

申請・更新するサービスに「し点チェック」を記入してください。
※網掛けされているサービスを新規申請する方は裏面の主治医欄を記入してください。

※新規申請者と区分更新者には聞き取り調査が実施されます。(後日、記入していただいた電話番号に日程調整の連絡があります。)

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、那珂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に同意します。

忘れずに申請者の署名をお願いします。

申請者氏名 那珂 太郎

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇 ◆◆ 先生	医療機関名	□□病院
	所在地	〒〇〇〇-△△△△ ××市 □□ ●●-	一部の新規申請者・区分が切れる利用者は主治医の記入をお願いします。 ※長らく、どの病院にもかかってない方は来院する必要があります。	

(※)主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費の提供を受けることを希望する場合に限る。)又は(※)入所施設に入居している者を含む。)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(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のいずれかにあてはまること。 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 ② ①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:所得割28万円未満)に属する者		該当する種類にし点チェックを記入してください。	
	<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> 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		<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才)	
	<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)			
	<20歳以上の方> 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		<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年令 才)	
<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(※)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する申請者本人以外が提出する場合は記入をお願いします。				

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	那珂 花子	申請者との関係	妻 ※申請者からみた関係
住所	〒311-0192 那珂市福田 1819-5 電話番号 029-298-1111		