

(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 様

記入例

次のとおり申請します。

令和元年5月1日

申請者	フリガナ	ウエダ タロウ	生年月日	明治 大正 XX 年 XX 月 XX 日 昭和 平成
	氏名	上田 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	居住地	〒 386-0000 上田市〇〇 X-X-X	電話番号	0268-XX-XXXX 続柄 本人

申請者は障がい者(サービス利用者)本人です。本人が児童の場合は、保護者が申請者となります。

分からない場合は未記入・空欄のままで結構です。

身体障害者手帳番号	XXXXXX	療育手帳番号	XXXXX	福祉手帳番号	XXXXX	疾病名	
障害者区分		有・無		区分等 1 2 3 4 5 6		有効期間	平成30年4月1日~平成33年3月31日

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	平成30年4月1日~平成33年3月31日
	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	

添付書類は原則必要ありません。申請書両面1枚のみ提出すればよいです。

- 【例外】
- 申請者が転入者で、マイナンバーの記載不備がある場合。⇒申請者とその配偶者の所得課税証明書が必要です。
 - 「施設入所支援」を利用したい場合。⇒障害年金証書など、収入を明らかにする書類が必要です。まったくの無収入であれば、添付書類不要です。

利用したいサービスに☑を記入します。分からない場合は未記入・空欄のままで結構です。

申請するサービス	区分	介護給付費		内容	
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/>	居宅介護	申請する事務支援所・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"/>	同行支援		
		<input type="checkbox"/>	行動支援		
		<input type="checkbox"/>	短期入所		
	日中活動系	<input type="checkbox"/>	療養介護	<input type="checkbox"/>	自立訓練(機能訓練)
		<input checked="" type="checkbox"/>	生活訓練	<input type="checkbox"/>	訓練支援施設
		<input type="checkbox"/>	就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/>	就労継続支援(B型)
	居住系	<input type="checkbox"/>	施設入所支援	<input type="checkbox"/>	共同生活援助※
地域相談支援	<input type="checkbox"/>	地域移行支援			
	<input type="checkbox"/>	地域定着支援			
計画相談支援	<input checked="" 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、市町村審議指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者の同意を得ること。
- 本件申請に係る審査・支給決定・年度更新のため当該児童を含む世帯員)について税務及び世帯情報に基づき個人番号を記載すること。
- 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。

申請者の自署又は記名押印が必須です。

以上について同意します。

申請者氏名 (自署又は記名押印)

上田 太郎



主治医 (※)	医療機関名	〇〇〇病院	主治医氏名	〇〇 〇〇
	所在地	〒 386-XXXX 上田市◇□ X-X-X		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同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。

主治医欄は(※)に該当する場合のみ記入すれば結構です。

配偶者氏名	上田 花子	配偶者個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
-------	-------	---------	-------------------------

配偶者（受給者が児童の場合は申請者の配っていた場合など、市の保有する税務情報等）を有しすること。

配偶者欄は、申請者が他市から転入にしてきた場合など、欄外記載に該当する場合のみ記入すれば結構です。

世帯の収入等の状況	収入 (A) (年収) (年金、手当)		
	年金収入 (障害基礎年金、障害厚生年金、特別障害給付金、障害事田の方災年金等、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)		760,000円
	手当等の収入 (特別障害者手当、障害者雇用促進法による特別障害者給付金等)		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

障害年金を受給している場合は、年間の収入額を記入してください。

必要経費欄は空欄のままで結構です。

申請する減免の種類	<input checked="" 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	当てはまるものに☑を記入してください。分からない場合は、未記入・空欄のままで結構です。
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 市町村民税非課税世帯 ① 利用者本人の合計所得金 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（年齢 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（年齢 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（年齢 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（年齢 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） 市町村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 ※福祉事務所が発行する境界層		

申請書の提出者が本人でない場合や、通知等の送付先に本人住所以外の希望がある場合は記入してください。

いずれも事実関係を証明できる書類を

申請書提出者	<input checked="" 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）