

新規・変更・更新

あてはまるものに○をつけてください。

介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申

記入のしかた

申請者は、利用される障がい者本人です。ただし、18歳未満の方は保護者が申請者となります。

提出年月日 年 月 日

本人以外が記入する場合は氏名の横に押印してください。

| | | |
|-------|------------|-------------------|
| 申請者氏名 | 八尾 太郎 | 昭和 平成 ○○年 ○月 ○日 |
| 個人番号 | 〒 581-0000 | 連絡の取れる番号をご記入ください。 |
| 居住地 | 八尾市○○町□ | 電話番号 ○○○-○○○-○○○○ |

個人番号欄にマイナンバーをご記入ください。

| | | |
|------|------|-------------|
| フリガナ | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
|------|------|-------------|

| | | |
|-------------|---------------------------|------|
| 支給申請に係る児童氏名 | 利用される方が18歳未満の場合、記入してください。 | 個人番号 |
|-------------|---------------------------|------|

| | | | |
|------------|--------|----------------|-----|
| 身体障がい者手帳番号 | 療育手帳番号 | 精神障がい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(※) |
|-----------------|-------------|

| | |
|---|-----|
| 障がい基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援A型・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 | 障がい福祉関係サービス | 障がい支援区分の認定 | 有・無 | 区分等 1 2 3 4 5 6 | 有効期間 | 非該当 |
| | 介護保険サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | |

利用しているサービスについて分かる範囲でご記入ください。

| 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"/> 自立生活援助 | |
| | | <input type="checkbox"/> 同行援護 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 行動援護 | | |
| | | <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 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"/> 施設入所支援 | <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 | |
| 地域相談支援 | | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 | <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)※ | |
| | | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | | |

申請するサービスに☑をつけてください。

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、障がい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

本人以外が記入する場合は氏名の横に押印してください。

申請者氏名 八尾 太郎

| | | | |
|------------|--|--------|------|
| 主治医 (※) | 医療機関名 | 主治医の氏名 | |
| | かかっている病院を記入してください。 (申請者・提出者が記入してください) | | 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○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であって、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 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 分かる範囲でご記入ください。 | |
| | <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(入所施設の食事等軽減措置) 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、特定旧法指定施設) | |
| | <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(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(□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) |
| フリガナ | |
| 氏名 | 申請者との関係 |
| 住所 | 本人が提出する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入するだけで、氏名、住所は記入不要です。本人以外が提出する場合は提出者の情報をご記入ください。 |
| | 電話番号 |

