

茨城県つくば市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者	フリガナ	ツクバ タロウ	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	氏名	筑波 太郎	生年月日	昭和 60年8月4日											
	居住地	〒305-8555 つくば市研究学園一丁目1番地1										電話番号	090-XXXX-XXXX		
フリガナ	申請者(=サービスを利用する方)が18歳以上の場合は記入不要です。														
支給申請に係る児童氏名	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												
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)													有 ・ 無		

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	1	2	3	4	5	6	有効期間	
	介護サービス	利用中のサービスの種類と内容等										要介護度
必要なサービスにチェックを入れる。												
必要なサービスの支給量を記入する。												

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 checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	(例) ・短期入所月7日 ・居宅介護(家事援助)月10時間 ・〇〇事業所(事業所名)など ※ただし、支給できるサービス量には限りがあります。 ※通所している場合は施設名を記入してください。
		<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"/> 就労選択支援	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
訓練系・就労系		<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<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)	
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<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(グループホーム)	
地域相談支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

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、つくば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。

申請者氏名

主治医 (※)	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。）又は地域移行支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合（病室が設けられているものを含む。）に入院している者

**1.口にチェックを入れる。  
2.あてはまる数字に○をつける。**

申請する減免の種類	<input checked="" 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。 (あてはまるものは○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のあてはまる方にも○をつける。 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82万6,500円以下のもの ②①以外の者 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者:所得割28万円未満)に属する者						
	<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。						
	<table border="1"> <tr> <td>&lt;20歳以上の方&gt;</td> <td>&lt;20歳未満の方&gt;</td> </tr> <tr> <td>1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)</td> <td>1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村民税非課税世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)	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の者	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>					
	1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)	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の者							
<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)							
<table border="1"> <tr> <td>&lt;20歳以上の方&gt;</td> <td>&lt;20歳未満の方&gt;</td> </tr> <tr> <td>1. 施設入所者であること(年齢 歳)</td> <td>1. 施設入所者であること(年齢 歳)</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1. 施設入所者であること(年齢 歳)	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又は生活保護受給世帯の者		
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>						
1. 施設入所者であること(年齢 歳)	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							

**該当する場合はチェックを入れてください。**

**※申請書を提出してくださる方のお名前をご記入ください。  
郵送の場合は、「口申請者本人」へのチェックのみで申請可能です。**

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)
氏名	筑波 花子	申請者との関係 母
住所	〒305-8555 つくば市研究学園一丁目1番地1 電話番号:090-XXXX-XXXX	