

(表)

(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)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

つくば市長 宛て

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		生年月日	昭和 60年8月4日
	氏名	筑波 太郎			
	個人番号	9999999999999999			
	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 支給申請に係る 児童氏名	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。				日
個人番号					
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			
被保険者証の記号及び番号※1		保険者名及び番号※1			
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

※1 療養介護を申請する場合に記入してください。

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	
	利用中のサービスの種類と内容等											
介護保 サービス	要介護度	要支援()・要介護 1										
	サービスの種類と内容等											

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。

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
	<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 checked="" 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)	※ただし、支給できるサービス 量には限りがございます。 ※通所している場合は施設名 を記入してください。
	<input type="checkbox"/> 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	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<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		

主治医 ※2	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

※2 介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものに限る。）又は地域相談支援給付費の支給を申請する場合に記入してください。

**1. □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"/> 1 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。 （当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は○を付けないこと。） (1)生活保護受給世帯 (2)市町村民税非課税世帯※3に属する者 ※3 療養介護を利用する場合は、ア又はイの当てはまる方にも○を付ける。 ア 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの イ ア以外のもの (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		
	<input type="checkbox"/> 2 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。		
	<table border="1"> <tr> <td>20歳以上の方 (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</td> <td>20歳未満の方 (1)療養介護利用者であること（年齢 歳）</td> </tr> </table>	20歳以上の方 (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歳未満の方 (1)療養介護利用者であること（年齢 歳）
	20歳以上の方 (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歳未満の方 (1)療養介護利用者であること（年齢 歳）	
	<input type="checkbox"/> 3 施設入所者※4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） 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費の支給を申請します。 ※4 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>20歳以上の方 (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</td> <td>20歳未満の方 (1)施設入所者であること（年齢 歳）</td> </tr> </table>	20歳以上の方 (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歳未満の方 (1)施設入所者であること（年齢 歳）	
20歳以上の方 (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歳未満の方 (1)施設入所者であること（年齢 歳）		
<input type="checkbox"/> 4 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当てはまるため、特定障害者特別給付費の支給を申請します。			
<input type="checkbox"/> 5			

該当する場合はチェックを入れてください。

**※申請書を提出して下さる方のお名前をご記入ください。
郵送の場合は、「□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してください。

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（下の欄に記入してください。）		
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		