

(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

香南市福祉事務所長 様

新規 継続 変更/追加
障害支援区分
上限負担額

次のとおり申請します。

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書の審査に必要な情報について、住民基本台帳及び課税台帳等、香南市が各関係機関への照会により確認することに同意します。

また、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、香南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。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	個人番号				
	氏名	生年月日	年	月	日	
	居住地	〒 電話番号				
	フリガナ	個人番号				
支給申請に係る児童氏名		生年月日	年	月	日	続柄
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
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			
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び保険者番号(※)				

※「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 非該当	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 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				
		利用中のサービスの種類と内容等				

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 (日数・変更理由等)	
	訪問系 ・ その他	介護給付費	訓練等給付費			地域相談支援給付費
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助			
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援			
		<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				
		<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"/> 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(※)	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

※「主治医」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。）を申請する場合に記入すること。

次の減免等を申請します。

※当てはまるところに☑をして、次の(1)～(3)に必要事項を記入した上で、**事実関係を確認できる書類を添付**すること。

<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 <input type="checkbox"/> ①生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 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基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ④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 医療型個別減免に関する認定 <input type="checkbox"/> 療養介護利用者（年齢____歳） <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者（20歳以上）	
<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） <input type="checkbox"/> 施設入所者（年齢____歳） <input type="checkbox"/> 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）	
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入所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） <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯	
<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 <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 ※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。	

(1) 合計所得金額

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入

区分	内 容	金 額（年収）
稼 得 等 収 入	障害年金等 ※障害基礎年金____級 （障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、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）	円
	特別児童扶養手当等 （特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入 事業所名：	円
そ の 他 収 入	その他の収入 内容：	円
	仕送り収入	円
	不動産による家賃等収入	円
	その他の収入 内容：	円

(3) 必要経費

区 分	内 容	金 額
租 税		円
社会保険料		円

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		申請者との関係	
住 所	☎		