

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

須賀川市長

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		生年月日	年 月 日			
	氏 名	個人番号：					
	居 住 地	〒 電話番号					
フリガナ		生年月日	年 月 日				
支給申請に係る 障 害 児 氏 名					個人番号：	続 柄	
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	
被保険者等の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)				
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	

※「被保険者等の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」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	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 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										

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	☐ 居 宅 介 護				
		☐ 重 度 訪 問 介 護				
		☐ 同 行 援 護				
		☐ 行 動 援 護				
		☐ 重度障害者等包括支援				
	日中活動系	☐ 短 期 入 所	☐ 自立訓練（機能訓練）			
		☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）			
		☐ 生 活 介 護	☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練			
			☐ 就 労 移 行 支 援			
			☐ 就労移行支援（養成施設）			
			☐ 就 労 継 続 支 援 A 型			
			☐ 就 労 継 続 支 援 B 型			
			☐ 就 労 定 着 支 援			
施設系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 選 択 支 援				
居住 支援系		☐ 自 立 生 活 援 助				
		☐ 共同生活援助（グループホーム）				
談 地 支 域 援 相	☐ 地 域 移 行 支 援					
	☐ 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は必要があるときは、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、須賀川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	☐ 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82万6千5百円以下のもの 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 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） <u>※18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。</u>			
	☐ 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> 〈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 </td> <td> 〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 才） </td> </tr> </table>		〈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）
	〈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）		
	☐ 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> 〈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（年令 才） </td> </tr> </table>		〈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（年令 才）
	〈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（年令 才）		
☐ 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。				
☐ 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 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）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	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	申請者住所のとおり（申請者住所と異なる場合記入） 〒 電話番号		