

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

堺市長殿

次のとおり申請します。なお、決定された利用者負担額について、現在入所し、又は通所している施設に対し、  
情報提供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		生年月日	年 月 日( 歳)			
	氏名		個人番号				
	居住地	〒	電話番号				
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日( 歳)			
	支給申請に係る 児童氏名		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		
第 号( 級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)		第 号 (A・B1・B2・ )	号 (1級・2級・3級)				
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	区分等	1 2 3 4 5 6	有効期間		
	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		
申請するサービスの種類等	区分	申請する支援の種類・内容等						
	訪問系	介護給付費			訓練等給付費			
		□居宅介護 (ホームヘルプ)	□身体介護(月 時間)		共同生活援助(グループホーム)を申請する者は、希望する事業所の種類、介護の提供の希望の有無、サテライト型住居の利用の希望の有無その他必要な事項を記載すること。			
			□家事援助(月 時間)					
			□通院介助(月 時間)					
			□通院等の乗降介助(月 回)					
		□重度訪問介護(月 時間)						
	□同行援護(月 時間)							
	日中活動系	□短期入所(ショートステイ)(月 日)		□自立訓練 [□機能訓練 □生活訓練] (月 日)				
		□療養介護(月 日)		□就労選択支援(月 日)				
□生活介護(月 日)		□就労移行支援(月 日)						
		□就労継続支援 [□A型 □B型] (月 日)						
居住系	□施設入所支援		□就労定着支援					
			□共同生活援助(グループホーム)(事業所名 )					
地域相談支援	□施設入所支援		□自立生活援助					
	□地域移行支援							
		□地域定着支援						

(裏面)

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。(当てはまるものの全てに○を付ける。) 1 生活保護受給世帯(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯を含む。) 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割額が16万円(児童の場合は28万円)未満のもの
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。 〈20歳以上の方〉 〈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 市町村民税課税世帯でないこと。
	<input type="checkbox"/> III 施設入所支援の支給決定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(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を申請します。 〈20歳以上の方〉 〈20歳未満の方〉 1 施設入所支援の支給決定者であること。(年齢 歳) 1 施設入所支援の支給決定者であること。(年齢 歳) 2 市町村民税課税世帯でないこと。
	<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助(グループホーム)利用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) 市町村民税課税世帯でないため、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 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。 ※ 生活保護担当窓口が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

注意

- 1 いずれの場合にあっても、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
- 2 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、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒	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について、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(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係る場合に限る。)を申請する場合に記入すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
フリガナ		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒	電話番号	

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、堺市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人、医師意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請者氏名