

様式第1号 (第2条関係)

(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

(宛先) 鶴ヶ島市長

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 氏名	生年月日	年 月 日
	居住地	〒 電話番号	
フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名	生年月日	年 月 日	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
被保険者証の記号及び番号(※)		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 1 2 3 4 5 6	有効 期間	から まで
	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	
		介護給付費	訓練等給付費		
訪問系・その他	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/		
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護			
<input type="checkbox"/> 同行援護					
<input type="checkbox"/> 行動援護					
<input type="checkbox"/> 短期入所					
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					
日中活動系	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)
					<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型
居住系	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			<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	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
	医療機関所在地	〒 電話番号

※ 主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神科病室が設けているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合に記入してください。

(裏)

当てはまるものに☑又は○をつけ、いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。

申請する減免の種類	所得区分認定	<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。 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、次の①又は②に○をつけてください。 ① 利用者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80万円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割額16万円未満、障害児：所得割額28万円未満）に属する以下の者 居宅で生活する者（注1）又は20歳未満の施設入所者（注2）	
	医療型個別減免	<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〉 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）
	特定障害者特別給付費（補足給付）	<input type="checkbox"/> III 指定障害者支援施設等の食費等軽減措置に関する認定 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〉 1 施設入所者（注3）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（注3）であること。（年齢 歳）
生活移行予防へ	<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助の家賃軽減措置に関する認定 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。 1 訓練等給付費の対象となる共同生活援助（グループホーム）入居者であること。 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"/> 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 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置・ <input type="checkbox"/> 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。

注1 居宅で生活をする者であって、グループホームに居住する者並びに宿泊型自立訓練、継続的短期滞在型生活訓練、精神障害者退院支援施設利用型生活訓練及び精神障害者退院支援施設利用型就労移行支援を受けている者を除く。

注2 20歳未満の者であって、指定療養介護事業所又は指定障害者支援施設（通所による支援を行うものを除く。）に入所している者

注3 対象施設は、介護給付費の対象となる障害者支援施設です。
※特定障害者特別給付費については、知的障害者通勤寮入所者は対象となりません。

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）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

同意書

1 サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するため必要があるときは、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、鶴ヶ島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。

2 負担上限月額決定等に当たり必要があるときは、申請者及び申請者の属する世帯構成員の市町村民税の課税状況、医療保険の加入状況及び収入・資産等の状況について、関係課及び官公署等に調査・確認されることに同意します。

申請者氏名

㊞