

様式第1号(第3条関係)

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費・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

年 月 日

(宛先) 久慈市長
次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	クジ タロウ	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年月日
	氏名	久慈 太郎	個人番号		
申請者	居住地	〒028-0000 送付先：久慈市▽▽町2-2 久慈市〇〇町1-1 電話番号 0194-〇〇-1234			
	フリガナ		生年月日	平成 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	
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名(※)			
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。)					
※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名」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	障害支援区分認定	有・無	非該当・区分	1 2 3 4 5 6
	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
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	
	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費	
<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	短期入所 3日/月		
<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)			申請するサービス 申請を希望するサービスに <input checked="" type="checkbox"/> チェックします。 希望する日数、支給量などを「申請に係る具体的内容」の欄に
	<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			
		<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				
<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設					

申請者本人の氏名、生年月日、居住地などを記入します。
ただし、障害児(18歳未満)の場合は、障害児の保護者が申請者となります。
受給者証等の送付先として、居住地以外を希望する場合は、送付先住所も併せて記入してください。

個人番号(マイナンバー)を記載してください。

各欄のいずれかの手帳をお持ちの方はその手帳番号を記載してください。

療養介護を申請する際は、健康保険証の記号・番号および保険者名を記載。
※保険者名は、健康保険実施主体となります。
(例：久慈市国保の場合は久慈市)。

サービス利用の状況
障害支援区分認定、介護認定を受けておられる方は、該当する区分又は要介護度の該当する部分に○を付けてください。
また、現在利用している障害福祉サービス及び介護保険サービスの種類等を記入してください。

申請するサービス
申請を希望するサービスにチェックします。
希望する日数、支給量などを「申請に係る具体的内容」の欄に

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書・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、久慈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

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

主治医
サービスを継続利用の方は記入不要です。
 障害支援区分の認定がない方で新たに介護給付費、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。）を申請する場合に必要となりますので、主治医の氏名等を記入してください。

※ 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
 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。
 ① 利用者本人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16万円未満、障害児：28万円未満）に属する者

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。
 〈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. 市町村民税非課税世帯の者

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
 （入所施設の食事軽減措置）
 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）
 〈20歳以上の方〉 〈20歳未満の方〉
 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 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

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（定率負担軽減措置、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（定率負担軽減措置 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。

負担上限月額に関する認定
 適用を申請する場合はチェックをしてください。
 いずれかに○をしてください。
 3に該当する場合は、18歳以上の場合は、障害者欄を○で囲んでください。
 18歳未満の場合、障害時欄を○で囲んでください。

医療型個別減免（療養介護者のみ）
 Iの2に該当する方で減免申請される方はの上、該当項目を○で囲んでください。

特定障害者特別給付費
 20歳以上の入所者で、Iの1又は2に該当する方、又は20歳未満の施設入所者で、施設利用に係る食費・光熱水費の実費負担の軽減を申請される方はしてください。

共同生活援助（グループホーム）の利用者で、Iの1又は2に該当する方で、施設利用に係る家賃の実費負担の軽減を申請される方はしてください。

生活保護への移行予防措置
 障害者福祉サービス等利用に伴う利用者負担を負担することで生活保護の受給対象となる場合に、生活保護の適用対象でなくなるまでに負担上限月額区分を下げる制度です。 ※減免認定を希望される方は事前にお知らせ願います。

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	<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）		
氏名	久慈 花子	申請者との関係	妻
住所	〒 申請者と同じ		
	電話番号		

申請者本人以外にチェックされた方のみ住所・氏名等を記入してください。