

記入例

(表)
 (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

千葉県南房総市長 宛
 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 1 年 1 月 1 日

申請者	フリガナ	ミナミ タロウ	生年月日	昭和33年 3月 3日
	氏名	南 太郎 個人番号：134215830936		
	居住地	〒294-0813 南房総市谷向1-1-6番地2 館山市北条番地1145-1 (現在住んでいる住所を書く。) 電話番号 0470-36-1151 (必須)		
	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
支給申請に係る児童	氏名	障害者の方は記入不要です。 個人番号： 続柄		
身体障害者手帳番号	012345	療育手帳番号	012345	精神障害者保健福祉手帳番号
			012345	疾病名
				パーキンソン病
被保険者証の記号及び番号(※)		1234 123456 1(療養介護希望の場合に記入)		保険者名及び番号(※)
				南 一郎
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	区分等	1 2 3 4 5 6	有効期間	令和2年1月1日まで
					非該当		
		利用中のサービスの種類と内容等 生活介護 23日/月、共同生活援助 31日/月 (水色の受給者証の内容を記載してください。)					
	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 短期入所生活介護 5日/月					

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	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	希望するサービス支給量(日数等)を記入してください。 例： 生活介護 23日/月 共同生活援助 31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 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 checked="" 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					
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型					
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助※					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援						

内容に同意できればご署名をお願いします。代筆でも構いません。

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... 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... は一部を、南房総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。

裏面にも記入箇所があります。

申請者氏名 南 太郎

記入例

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名	南房 総一郎	医療機関名	南房病院
	所在地	〒299-2492 南房総市富浦町青木28番地 電話番号 0470-36-1151		

(※) 障害支援区分の認定を取るための意見書を作成依頼します。同行援護以外の介護給付サービスを希望の方、介護を伴う共同生活援助を希望の方は記入してください。

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○を付さない)	水色の受給者証の内容を確認し、減免を申請するものに“✓”を記入してください。事実関係を確認できる書類(源泉徴収票のコピー、通帳のコピー、工賃の明細書コピー等を添付してください。)	
		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のいずれか ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎 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：所得割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> 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)		
	<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	南 花子	申請者との関係	母
住所	〒294-0813 南房総市谷向100番地 電話番号 0470-36-1151 (必須)		

書類に不備がある場合、手続きが進められません。日中連絡のつく電話番号を必ず記載してください。
また、認定調査が必要な方は日程調整のご連絡を差し上げます。