

記入例

(裏)

主治医(※)	主治医の氏名	南房 二郎	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 0470-36-1152		

(※)主治医の欄は、介護給付費(共同生活援助に係るもの)及び給付費(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障害支援区分の認定を受けている方は、医療機関名等を記入してください。(利用を希望する場合に際しては、介護給付費(共同生活援助に係るもの)及び給付費(共同生活援助に係るもの)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	<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。 (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：所得割28万円未満)に属する者	
	<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)
	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> IV グループホーム(注)利用者(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) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	申請者本人が提出された場合は氏名住所等の記入は必要ありません。 申請者本人欄にチェック“✓”してください。 申請者本人以外の方が提出された場合は氏名住所等記入してください。	
<input type="checkbox"/> V 生活保護受給者(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) 生活保護受給者(注)であること(年令 才) ※ 福祉事務所が先回りして申請する必要がある場合があります。		

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	<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	南 花子	申請者との関係	母
住所	〒294-8701 南房総市谷向100番地 電話番号 0470-36-1151		