

（表面）

介護給付費等（特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費）支給（利用者負担軽減減免等）申請書

平成28年 3月 1日

（あて先）掛川市長
次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	カケガワ タロウ		生 年 月 日		
	氏 名	掛川 太郎		平成6年4月1日		
	居 住 地	〒 436-8650 掛川市長谷一丁目1番地の1		電話番号	21-1139	
フリガナ				生 年 月 日	続 柄	
支給申請に係る児童氏名				年 月 日		
身体障害者手帳番号	999999	療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		

障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援（B型）サービスの申請者）	有 ・ 無
被保険者証の記号番号	保険者名

（注）「被保険者証の記号番号」欄及び「保険者名」欄は、療養介護を申請する場合のみ記載してください。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	区分	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4	5	6	有効期間	平成30年3月
	介護保険	要介護認定	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	居宅介護・短期入所・計画相談支援	

申請するサービスの種類等	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 checked="" 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 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）
	<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）
				<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			

(裏面)

主治医	主治医の氏名	大東 次郎	医療機関名	大東医院
	所在地	〒 437-1491 掛川市三俣620番地	電話番号	72-1111

(注) 「主治医」欄は、介護給付費又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外で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。）を申請する場合のみ記載してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 当てはまるものに○を付けてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。 1 生活保護受給世帯 2 市民税非課税世帯に属する者であって、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 3 市民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市民税課税世帯（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（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 療養介護利用者（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者に対する特定障害者特別給付費（食事等軽減措置）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（食事等軽減措置）を申請します。	
	(20歳以上の方) 1 施設入所者（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 施設入所者（年齢 歳）
<input type="checkbox"/> IV グループホーム等入所者に対する特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）に関する認定 市民税非課税世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特定補足給付）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"/> 特定補足給付 ）を申請します。		

(注)

- 1 いずれも事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 18歳（施設入所者にあつては、20歳）以上の障害者の世帯の範囲は、障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者です。
- 3 IIIの対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設又は特定旧法指定施設）です。

申請書提出者	<input checked="" 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	