

記入例・申請書オモテ

(障・様式第1号)
(地・様式第5号)

障害福祉サービス(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)
・地域生活支援サービス支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先)一宮市福祉事務所長

次のとおり申請します。

また、下記の申請内容について、各関係機関に調査照会することに同意します。

なお、この地域生活支援サービス費及び特例介護給付費の請求については、その受領の権限を地域生活支援事業者及び基準該当事業者に委任します。

サービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、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、一宮市から指定特定相談支援事業者とに同意します。

申請者の氏名・生年月日・住所・マイナンバー・電話番号を記入

申請者	フリガナ イチノミヤ タロウ	生年月日 昭和40年1月1日
	氏名 一宮 太郎	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	居住地 〒491-8501 一宮市本町二丁目5-6	電話番号(0586) 28 - 9134
	フリガナ	生年月日
	支給申請に係る児童氏名	続柄
		個人番号
	身体障害者手帳番号 ××××××	療育手帳番号 〇〇〇〇〇〇
		精神障害者保健福祉手帳番号
		疾病名
	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	区分等4	有効期間 平成30年1月1日～令和3年12月31日
	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 居宅身体介護 30時間/月、短期入所 7日/月			
	現在利用しているサービスを記入			

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	地域生活支援事業	
訪問系その他		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 移動支援	※希望する事業所の種類 ・ <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 ・ <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 ・ <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 入浴、排泄又は食事等の介護の提供を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	
		<input checked="" 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			
		<input type="checkbox"/> 療養介護			
日中活動系		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		・ <input type="checkbox"/> サテライト型住居
			<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			

今回申請するサービスにチェック

記入例・申請書ウラ

**この欄は記入不要
(障害支援区分認定を受ける場合は必要)**

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		電話番号() -

(※)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、排泄又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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	<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。いずれにもあ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80万円以下の者 ② 上記以外の者 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 ※18歳以上(入所施設利用者は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。
	<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。

この欄は記入不要

減免の種類	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(入所施設の食事等軽減措置) 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。	
	<input type="checkbox"/> 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	

申請書を提出する方の氏名等を記入

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	一宮 花子	申請者との関係	母
住所	〒491-8501 一宮市本町二丁目5番6号 電話番号(090) 000-0000		