

記入例

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）

支給申請書兼利用料金負担額減額・免除等申請書

障害支援区分認定申請用

（宛先）筑紫野市長
次のおり申請
利用者の名前
18歳未満の場合は保護者の名前

申請年月日 令和〇年〇月〇日

申請者	フリガナ	チクシノ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	筑紫野 太郎	個人番号	
申請者	居住地	〒818-8686 筑紫野市石崎1-1-1		
		電話番号	092-923-1111	
支給申請に係る障害児氏名	フリガナ	利用者が18歳未満の時に記入	生年月日	年 月 日
			個人番号	
身体障害者手帳番号	福岡県 第 999999 号	療育手帳番号	第 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(※)		保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	区分	1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	有効期間	令和〇年〇月〇日 ～令和〇年〇月〇日
		利用中のサービスの種類と内容 居宅介護、短期入所					
サービス利用の状況	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					

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	訪問系・その他	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	現行どおり ↑ 利用するサービスに チェックする。 変更がない場合は、 「現行どおり」と記入 ←
		<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 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	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	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)	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 入浴、排泄、食事等の介助希望 <input type="checkbox"/> サテライト型
地域相談支援	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

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、筑紫野市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 筑紫野 太郎

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	主治医に関する情報をご記入ください。 (障害支援区分認定のための意見書記載を、市より主治医の方に依頼します。)	
電話番号				

※ 主治医の欄は、介護給付費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。 (当てはまるものに○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の当てはまる方にも○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 円以下のもの ②①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 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	<20歳未満の方> 施設入所者であること(年齢 歳)
	<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) 下記のいずれにも当てはまるため、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	<20歳未満の方> 施設入所者であること(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助を行う住居の入居者(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(家賃軽減措置) 市町村民税課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、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(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置 □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

申請書を提出される方をご記入ください

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			
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			