

障害福祉サービス等支給申請書

(新規 継続 変更)

(介護給付費 訓練等給付費 地域相談支援給付費 障害児通所給付費 地域生活支援給付費)
 (計画相談支援給付費 障害児相談支援給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費 肢体不自由児通所医療費)
 支給(変更)申請書 兼 利用者負担減額等申請書

光市長 様 申請年月日: 年 月 日

次のとおり申請し、世帯状況等を申告します。

決定に係る市県民税課税台帳等による市民税額等、住民基本台帳による世帯構成員、生活保護の受給状況、世帯員の幼稚園、認定こども園又は保育所の在籍状況、指定通所支援事業所又は指定障害福祉サービス事業所若しくは学校等からの通所支援計画又は個別支援計画について、市が必要と認める場合に調査・確認することについて同意します。

また、障害児支援利用計画又はサービス等利用計画、通所支援計画、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調査内容、意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部などを、光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、指定障害児相談支援事業者、指定通所支援事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者に提示することに同意します。

併せて、障害支援区分の認定に当たり、主治医に対して光市から意見を求めること及び障害支援区分等の結果について主治医に通知することに同意します。

申請者氏名(自署又は記名押印)

申請者		対象者氏名	
(18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人又は成年後見人)		(18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は本人)	
ふりがな		ふりがな	
氏名	個人番号	氏名	個人番号
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
居住地	〒 電話番号	居住地	〒 電話番号
申請書提出者(代行者)	<input type="checkbox"/> 届出(申請)者本人 <input type="checkbox"/> 届出(申請)者本人以外(下の欄に記入)		
	ふりがな		届出(申請)者との関係
	家族等氏名(事業者名称)		
	居住地(所在地)	〒	電話番号

● 申請するサービス等の種類

申請する理由	<input type="checkbox"/> 引き続き現在の支給内容どおり利用希望		
介護給付		訓練等給付	
<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護)	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能・生活)	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練
<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助)		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)
<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 生活介護	指定通所支援	
<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助
<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 地域生活支援事業
<input type="checkbox"/> 相談支援	<input type="checkbox"/> 地域相談支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 移動支援
<input type="checkbox"/> 計画相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援
<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター

● 世帯の状況

世帯の状況	氏名	生年月日	本人との続柄	※市記入欄	
				市民税課税状況	生活保護世帯(該当・非該当)
サービス利用者			本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	所得割 円 <input type="checkbox"/> 均等割のみ
世帯主	<input type="checkbox"/> 同上			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	所得割 円 <input type="checkbox"/> 均等割のみ
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	所得割 円 <input type="checkbox"/> 均等割のみ
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	所得割 円 <input type="checkbox"/> 均等割のみ
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	所得割 円 <input type="checkbox"/> 均等割のみ
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	所得割 円 <input type="checkbox"/> 均等割のみ
幼稚園等へ通園する兄弟		氏名() 幼稚園(保育所)名:()			

(裏)

●手帳の所持状況等

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B)	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級)	<input type="checkbox"/> 自立支援医療	<input type="checkbox"/> 診断書
<input type="checkbox"/> その他()				

●障害基礎年金1級の受給状況(就労継続支援(B型) の申請をする場合に記入)

有 ・ 無

●主治医(18歳以上の者が介護給付費の支給申請をする(障害支援区分認定が必要となる)場合に記入)

主治医氏名		医療機関名	
所在地	〒 電話番号		

●加入医療保険(医療型児童発達支援・療養介護の申請をする場合に記入)

記号		保険者名	
番号		保険者番号	

●申請する減免等の種類

<input type="checkbox"/> 負担上限月額 次の区分による月額負担上限の適用を申請します。 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、児童:所得割28万円未満)に属する者
<input type="checkbox"/> 多子軽減措置に関する認定 児童発達支援、医療型児童発達支援、保育所等訪問支援を利用するため、次の区分の適用を申請します。 1 幼稚園等に通所する兄又は姉がいる未就学児童 ※幼稚園等在籍証明が必要 2 世帯の市民税所得割合計額が77,101円未満であり、兄または姉がいる未就学児童 <input type="checkbox"/> 第2子に該当する者 <input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する者 ※1に該当する場合は幼稚園等に通所していない兄姉は除く。
<input type="checkbox"/> 医療型個別減免 療養介護を利用するため、医療型個別減免を申請します。
<input type="checkbox"/> 障害者支援施設入所者に対する特定障害者特別給付(補足給付)費(入所施設の食費等軽減措置等) 次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。 (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) 1 施設入所者であること。(年齢 歳)
<input type="checkbox"/> グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付(補足給付)費(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"/> 生活保護への移行予防措置 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"/> 補足給付の特例措置)を申請します。

●申請者の収入の状況について※(施設入所支援・療養介護の申請をする場合に記入)

	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等(障害(基礎・厚生・共済)年金、特別障害給付金等)	円
	手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等	円
	その他の収入	円
	仕送り 不動産等家賃収入 その他の収入	円
種類	内容	金額
租税		円
社会保険料		円

※ 収入、租税及び社会保険料のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。