

記入例

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  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

おもて

ひ  
次

記載されている内容に誤りが  
ないかご確認ください。

申請年月日 令和 **00年00月00日**

申請者	氏名	<b>ひたちなか 太郎</b>	生年月日	明治 大正 昭和 平成 <b>50年1月1日</b>
	居住地	〒 <b>312-8501</b> <b>ひたちなか市東石川2-10-1</b>	個人番号	<b>1234 5678 9012</b>
	フリガナ	<b>ヒタチナカ 太郎</b>	番号	<b>029-273-0111</b>
	支給申請に係る 児童氏名	<b>ひたちなか 一郎</b>	個人番号(マイナンバー)を記入してください。	
	身体障害者 手帳番号	<b>1111</b>	療養手帳 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

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害程度 区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	現在決定を受けて いるサービス をご確認下さい。
		利用中のサービスの種類と内容等 <b>短期入所 5日/月</b>				
	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					

申請する サービス	区分	の種類	訓練等給付費	あてはまる内容にレ点 を入れて下さい。  □現在と同じ  □その他	
	訪問系・その他	□行	□訪問支援		
		<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所			
		□重度障害者等包括支援			
	日中活動系	□療養介護	□自立訓練(機能訓練)		
		□生活介護	□自立訓練(生活訓練)		
			□宿泊型自立訓練		
			□就労移行支援		
			□就労移行支援(養成施設)		
			□就労継続支援A型		
居住系	□共同生活介護(ケアホーム)	□共同生活援助(グループホーム)			
	□施設入所支援				
地域相談支援	□地域移行支援				
	□地域定着支援				

利用したいサービス  
にレ点を入れて下さい。

申請者(保護者)の氏名  
を記入してください。

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  
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  
見書の全部又は一部を、ひたちなか市から指定相談支援事業者、障害福祉サ  
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 **ひたちなか 太郎**

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名		うら
	所在地	〒			

(※) 主治医の欄は、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。）を申請する場合に記入してください。

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. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> <b>ご記入いただかなくて結構です。</b> </div>		方にも○をつける。 等の収入の合計額が80万円以下のもの 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、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（年齢 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（年齢 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（年齢 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者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 才）	
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム等入居者(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。 （注）対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム）			
<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（□定率負担減税、□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	ひたちなか 花子	申請者との関係	妻
住所	〒312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1 電話番号 029-273-0111		

