

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請

申請書記載例

ひたち
次のと

住所・氏名・生年月日・手
帳番号を確認し、電話番号を
確認してください。

申請年月日 令和 **00年00月00日**

申請者	フリガナ	ヒタチナカ タロウ	生年月日	明治 昭和 大正 平成	50年 1月 1日
	氏名	ひたちなか 太郎	個人番号	000000000000	
	居住地	〒312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1	電話番号	029-273-0111	
	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日
	支給申請に係る 児童氏名		個人番号		
			続柄		
	身体障害者 手帳番号	1111	療育手帳 番号		
			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	障害程度 区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効	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 短期入所 3日/月				
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()	
		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	訓練等給付費	申請に係る具体的内容	
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<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
				<input type="checkbox"/> 宿泊型
				<input type="checkbox"/> 就労移行
				<input type="checkbox"/> 就労移行支援(長期施設)
	居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)		<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)
<input type="checkbox"/> 施設入所支援				
<input type="checkbox"/> 地域移行支援				
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

使いたいサービスに
レ点を入れて下さい。

これまでのサービスをそのまま
継続するときは「現在と同じ」に
チェックしてください。

申請者ご本人の氏名を
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
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
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	茨城 次郎	医療機関名	ひたちなか医院
	所在地	〒 312-0000 ひたちなか市東石川2-12-1		

主治医がある場合は記入してください。

(※) 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 ※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80万円以下のもの ② ①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	母
住所	〒 312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1		
	電話番号 029-273-0111		

本人の住所・氏名を確認してください。

〇〇日

申告者（保護者）住所 **ひたちなか市東石川2-**
 （保護者）氏名 **ひたちなか 太郎**

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者あり			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主	ひたちなか 太郎	s 50. 1. 1	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員	ひたちなか 花見	s 53. 3. 31	妻	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

配偶者がいない場合は「本人のみ」、いる場合は「配偶者あり」にチェックしてください。

なお、「配偶者あり」は世帯主と配偶者氏名などもあわせてお書きください。

2 申請者の収入の状況について

〔 個別減免・補足給付を申請しない場合…①、②、③のみ記入
 // 申請する場合…全て記入 〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	0 円 ①
--------	--------------

障害年金等を受給している場合は記入してください。
 (R4. 1月～R4. 12月の受給額)

(2) 収入等の状況

収入 (A) (年収)

区分	種類	収入
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等） (②)	986,100 円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当） (③)	0 円
	工賃等収入	
	その他の収入 ()	
その他収入	仕送り収入	
	不動産等による家賃収入	
	その他の収入 ()	

必要経費 (B)

種類	内容	金額
租税		
社会保険料		

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)
フリガナ	ひたちなか はなこ 申請者 母
氏名	ひたちなか 花子 との関係
住所	〒 312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1 電話番号 029-273-0111

(記入上の注意)

- 収入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下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

承諾書

申請の手続き上、私及び配偶者の市民税課税状況について、必要がある時は、市長が税関係当局へ報告を求めることを承諾します。

令和 00年 00月 00日

申請者本人の氏名を記入
をお願いします。

氏名 ひたちなか 太郎

確認書

該当するものをチェック
してください。

基本情報

生活保護世帯	該当	・	非該当
配偶者の有無	有	・	無

市民税課税状況

氏名	個番	課税状況	
		課税区分	市民税所得割額
申請者：		非・均等割	
配偶者：		非・均等割	
合計			

申請者所得状況

合計所得金額	
公的年金等	
障害年金等	
障害手当等	
合計	

確認者

--