

様式第2号 (第4条関係)

(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)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

美濃加茂市福祉事務所長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者	フリガナ 氏名	カモ タロウ 加茂 太郎	生年 月日	昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日											
	居住地	〒 505 - 8606 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 美濃加茂市太田町3431番地1										電話番号 0574 - 25 - 2111			
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ											生年 月日	年 月 日		
	個人番号											続柄			
身体障害者 手帳番号	12345		療育手帳 番号			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B型のサービスを申請する者に限る。)												有・無			

署名又は記名・押印してください。
18歳以上の方は、サービスの
利用者が申請者となります。

手帳を所持している方は、手
帳番号を記入してください。

就労継続支援B型を申請する方
は記入してください。

※「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。

障害支援区分の認定の有無及び
有の方は区分と有効期間を記入
してください。

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	2	有効期間	令和元年10月1日～令 和4年9月30日
		利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護(家事援助)月5時間、就労継続支援B型					
介護保険 サービス	要介護認定	無	要介護度				
	利用中のサービスの種類と内容等						

介護保険サービスを利用してい
る場合は、記入してください。

申請するサービスに✓を入れて
ください。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	/	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input 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(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 checked="" 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		

サービス利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、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、美濃加茂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 加茂 太郎

署名又は記名・押印してくだ
さい。

(裏面)

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 美濃加茂市〇〇〇〇〇〇		
			電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇

介護給付費を申請する方は主治医を記入してください。

(※) 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 checked="" 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、医療型個別減免を申請します。	<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. 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)
	(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 (<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。 ※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。	

✓を入れてください。

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。

本人以外が記入する際は、下の欄に氏名等を記入してください。

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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 - - 電話番号 - -		