

## 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 （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・計画相談支援給付費）

郡山市福祉事務所長

次のとおり申請します。

利用者負担額の認定のため、郡山市福祉事務所長が住民基本台帳、個人番号の取得、課税状況及び生活保護受給状況について公簿等によって確認することに同意します。

サービス等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及び概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、郡山市介護給付費等支給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、郡山市から指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者又は指定特定相談支援事業者関係へ提示すること同意します。

申請年月日		〇年 〇月 〇日	
申請者	フリガナ 氏名 ※自署又は記名押印	ごおりやま がくと 郡山 がくと	
	居住地	〒963-0000 郡山市朝日一丁目23-7	電話番号：024-924-0000
申請に係る障害児氏名 ※18歳未満の場合のみ記入	フリガナ 氏名	ごおりやま おんぷ 郡山 おんぷ	
身体障害者 手帳番号	0000	療育 手帳番号	0000
精神障害者保健福祉 手帳番号	0000	疾病名	

自署又は  
記名押印

福祉サービスを利用する方が18歳未満の場合は  
こちらをご記入ください。

「被保険者記号・番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入してください。

被保険者記号・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
障害支援区分の認定	有・無
区分	1 2 3 4 5 6
有効期限	令和〇年〇月〇日まで
利用中の障害福祉サービスの種類と内容等	
要介護認定	有・無
要介護度	要支援( )・要介護 1 2 3 4 5
利用中の介護保険サービスの種類と内容等	

申請するサービス

介護給付費		訓練等給付費	
<input type="checkbox"/> 身体介護（月 時間）（1回 時間）	<input type="checkbox"/> 自立訓練〔機能訓練 □生活訓練〕（月 日）	<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助（月 20 時間）（1回 1.5 時間）	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 通院等介助（月 時間）（1回 時間） （□ 身体介護あり）	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助（月 回）	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（月 日）
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	申請するサービスにチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）（月 日）	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型（月 日）
<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型（月 日）	<input type="checkbox"/> 就労定着支援
<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 自立生活援助	<input type="checkbox"/> 共同生活援助
<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所（月 7 日）			
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援（月 時間）			
<input type="checkbox"/> 生活介護（月 日）			申請に係る具体的内容
<input type="checkbox"/> 療養介護			かかりつけの医療機関について ご記入ください。
<input type="checkbox"/> 施設入所支援			
<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
<input checked="" type="checkbox"/> 計画相談支援（依頼する事業所： 0000 ）			

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。

主治医の氏名	0000	医療機関名	0000
所在地		電話番号	

申請書を提出する方について記入してください。

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

該当する減免申請があればチェックをつけてください。

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。 (当てはまるものに○を付ける。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(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯を含む。) 2 市区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○を付ける。 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 市区町村民税課税世帯(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 療養介護利用者であること。(年齢 歳) 2 市区町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者	<20歳未満の方> 療養介護利用者であること。(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 市区町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者	<20歳未満の方> 施設入所者であること。(年齢 歳)
<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助入居者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) 市区町村民税非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(自己負担減免措置、 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要とな		

申請者と同じ世帯の方について  
ご記入ください。

利用者負担額の認定のため、郡山市福祉事務所長が当該申請者の属する世帯の構成員に係る住民基本台帳、個人番号の取得、課税状況及び生活保護受給状況について公簿等によって確認することに同意します。

※氏名は、自署又は記名押印してください。

世帯員氏名 郡山 花子 本人との続柄 ( 妻 )

個人番号：○○○○○○○○○○

世帯員氏名 郡山 一郎 本人との続柄 ( 子 )

個人番号：○○○○○○○○○○

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 ( )

個人番号：\_

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 ( )

個人番号：

世帯員氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 ( )

個人番号：