

(表)

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

- 新規
- 更新

台東区長 殿
次のとおり申
(受給者番号

サービス利用者が18歳未満の場合は、申請者の欄に保護者の方の
情報を記入して下さい。その下の欄にサービスを利用する18歳未満
の方の情報を記入して下さい。

令和〇〇年△△月◇◇日

申請者	氏名	台東 太郎	生年月日	昭和〇〇年△△月◇◇日			
	居住地	〒110-8615 台東区東上野4-5-6	電話番号	03-5246-1202			
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	タイチ イチロウ	生年月日	平成〇〇年△△月◇◇日			
	氏名	台東 一郎	続柄	長男			
身体障害者 手帳番号	〇〇〇〇〇	療育手帳 番号	△△△△△	精神障害者保健 福祉手帳番号	◇◇◇◇◇	疾病名	〇〇病
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援A・B型のサービスを申請する者に限る。)							有・ 無

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 ・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間	令和〇年△月◇日から 令和〇年△月◇日
	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 居宅介護(身体介護)月10時間、短期入所月7日、就労継続支援B型週5日 等					
		利用中のサービスの種類と内容等 福祉用具貸与、訪問介護 等					

申請 する サ ー ビ ス	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"/> 就労定着支援	/	【継続更新の場合】 現在のサービスを継続することを希望します。
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<input type="checkbox"/> 同行援護			
	<input type="checkbox"/> 行動援護			
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所			
日中活動系・就労系	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	/	【サービス量変更の場合】 〇〇(サービスの種類)・支給日数(支給時間数)を△△を理由に増加することを希望します。
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
		<input type="checkbox"/> 就労選択支援		
		<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 地域相談支援	<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)	/	【新しいサービス利用の場合】 〇〇(サービスの種類)・支給日数(支給時間数)を△△を理由に新たに利用することを希望します。
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

該当するサービスに
チェックをつけて下
さい。

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・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、台東区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、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 **台東 太郎**

こちらには申請者本人の氏名を記入して下さい。

(裏)

主治医(※)	主治医の氏名	上野 桜木	医療機関名	区役所クリニック	診療科名	精神科
	受診状況	定期受診 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (最近の受診日 令和6年3月31日)				
	所在地	〒111-0000 台東区〇〇△-△-△				電話番号

(※)主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）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。)を申請する場合記入すること。

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。いずれにもあ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以外の者 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。						
	<table border="1"><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1 療養介護利用者であること(年齢 歳)</td><td>1 療養介護利用者であること(年齢 歳)</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)	2 市町村民税非課税世帯の者	
	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉					
	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)					
	2 市町村民税非課税世帯の者						
<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)							
<table border="1"><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1 施設入所者であること(年齢 歳)</td><td>1 施設入所者であること(年齢 歳)</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉	1 施設入所者であること(年齢 歳)	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歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉						
1 施設入所者であること(年齢 歳)	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							
<input type="checkbox"/> IV グループホーム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"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <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。							

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	台東 花子	申請者との関係	妻
住所	〒111-8615 台東区東上野4-5-6 電話番号 03-5246-1202		

申請書提出者が申請者本人以外の場合は、申請書提出者の情報を記入して下さい。