

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

(提出先)
川越市長

支給決定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者 (障害者又は児童の保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名			年 月 日	
	個人番号				
申請者	居住地	〒			
		電話番号			
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名			年 月 日	
	個人番号			申請者との続柄	
身体障害者手帳番号		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(※)			保険者名及び保険者番号(※)		
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。)					

注 ※印欄は、療養介護を申請する場合に記入してください。

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・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日～ 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					
		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	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 type="checkbox"/>	居宅介護	<input type="checkbox"/>	就労定着支援	
		<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 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"/>		<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型			
<input type="checkbox"/>		<input 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(介護サービス包括型)		
	/		<input type="checkbox"/>	共同生活援助(外部サービス利用型)		
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、川越市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

※ 処理欄	サービス			障害			申請区分			受付	申請番号	担当
	介護	訓練	G H	身体	知的	精神	新規	更新	変更			

(裏面)

※ 処理欄 (前回)	申請番号	医療機関	主治医	調査員	区分有効終了日
---------------	------	------	-----	-----	---------

主治 の 医師	医師の氏名	病院又は診療所の名称	
	病院又は診療所の所在地	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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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 次の区分の適用を申請します。 (該当するものに○を付けてください。いずれにも該当しない場合は、○を付けないでください。) 1. 生活保護受給世帯に属する者 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 注 療養介護を利用する場合は、①又は②の該当する方にも○を付けてください。 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80万円以下の者 ② ①以外の者 3 市町村民税課税世帯（障害者（20歳未満の施設（※）の入所者を除く。）の場合は所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設（※）の入所者の場合は所得割28万円未満）に属する者 注 世帯の範囲は、障害者（施設（※）に入所している場合は20歳以上の障害者）の場合は当該障害者及び当該障害者と同一の世帯に属するその配偶者、障害児の場合は当該障害児の保護者の属する世帯に属する者、18歳及び19歳の障害者で施設（※）に入所しているもの場合は当該障害者の属する世帯に属する者となります。		
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも該当するため、医療型個別減免を申請します。		
	<table border="1"><tr><td><20歳以上の方> 1. 療養介護利用者（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯に属する者</td><td><20歳未満の方> 1. 療養介護の利用者（年齢 歳）</td></tr></table>	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯に属する者	<20歳未満の方> 1. 療養介護の利用者（年齢 歳）
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯に属する者	<20歳未満の方> 1. 療養介護の利用者（年齢 歳）	
	<input type="checkbox"/> III 施設（※）の入所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（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにも該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<table border="1"><tr><td><20歳以上の方> 1. 施設（※）入所者（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者</td><td><20歳未満の方> 1. 施設（※）の入所者（年齢 歳）</td></tr></table>	<20歳以上の方> 1. 施設（※）入所者（年齢 歳） 2. 市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> 1. 施設（※）の入所者（年齢 歳）	
<20歳以上の方> 1. 施設（※）入所者（年齢 歳） 2. 市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> 1. 施設（※）の入所者（年齢 歳）		

注 1 いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して、申請してください。
2 ※の施設は、指定障害者支援施設又はのぞみ園です。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入してください。）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		