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申請書

**者**

兼利用者負担額減額・免除等申請書

電話番号

年　　　月　　　日

糸魚川市長　　　様　　　　　　　　　　　　　　新規・変更・更新（該当するものに〇）

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 | |  | | | | 生年月日 | | 大正 昭和  平成 令和 | | | |
| 氏名 | | 個人番号 | | | |
| 電話番号 | |  | | | |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | 難病名 |  |
| 被保険者証の記号及び番号  ※療養介護のみ記入 | | | | 記号 | | 保険者名及び番号  ※療養介護のみ記入 | | | | 保険者名 | | |
| 番号 | | 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 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請するサービス | 区分 | 介護給付費 | 区分 | 訓練等給付費 | 申請に係る具体的内容  (利用日数・利用開始日等) |
| 訪問系 | □ 居宅介護（ヘルパー） | 訓練・就労系 | □ 就労定着支援 |
| □ 重度訪問介護 | □ 就労移行支援 |
| □ 同行援護 | □ 就労移行支援（養成施設） |
| □ 行動援護 | □ 就労継続支援A型 |
| □ 重度障害者等包括支援 | □ 就労継続支援B型 |
| 日中  活動系 | □　短期入所 | □ 自立訓練（機能訓練） |
| □ 生活介護 | □ 自立訓練（生活訓練） |
| □ 療養介護 | □ 宿泊型自立訓練 |
| 施設系 | □ 施設入所支援 | 居住  支援系 | □ 自立生活援助 |
| 相談  支援 | □ 計画相談支援 | □ 共同生活援助  （グループホーム） |
| □ 地域移行支援 |
| □ 地域定着支援 |  |  |  |

|  |
| --- |
| □　計画相談支援　　　　新規・変更・更新・終了（該当するものに〇）  事業所名　□ こまくさ　　□ みずほ　　□ エスポアールはやかわ　　□ その他（　　　　　　　　　　） |
| □　セルフプラン |

主治医がいる場合に記載してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  | | |

サービス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、糸魚川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。また、障害福祉サービスの支給認定に必要な所得状況等の調査について同意します。

申請者氏名

世帯の状況等について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 生年月日 | 市町村税の状況 |
| 利用者（本人） |  |  | □課税　□非課税 |
| 配偶者 |  |  | □課税　□非課税 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請する減免の種類 | 利用者負担上限月額の認定について、下記の区分の適用を申請します。 | | | | |
| □　生活保護受給世帯 | | □　非課税世帯 | □　課税世帯  （所得割額の合計が16万円未満の者）（児童は28万円未満の者） | □　課税世帯  （左記以外の者） |
| 療養介護 | 医療型個別減免に関する認定について、下記のいずれにも該当するため申請します。  □　療養介護利用者であること（年齢　　　歳）　　□　〈20歳以上の方のみ〉市町村民税非課税世帯 | | | |
| 施設入所 | 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）について、下記に該当するため申請します。  □　施設入所者であること（年齢　　　歳）  □　〈20歳以上の方のみ〉市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯 | | | |
| 共同生活援助 | 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）について、下記に該当するため申請します。  □　市町村民税非課税世帯　　　□　生活保護受給世帯 | | | |
| □　生活保護への移行予防措置を申請します。　※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 | □　申請者本人　　　　　□　申請者本人以外（下記の欄に記入） | | |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
|  |  | |
| 受給者証送付先 | □　申請者本人　　　　　□　申請者本人以外（下記の欄に記入） | | |
| 氏名又は事業所名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
|  |  | |

ここから下の欄は記入不要です

【市役所事務処理欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 非該当 | | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 介護度 | 要支援　1　　2　　　要介護　 1 　2 　3 　4　 5 | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 連絡事項等記載欄 | | | | | | | 受付印 |