

(介護給付費 訓練等給付費 特定障がい者特別給付費 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

藤 沢 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	氏 名			個人番号			
	居住地	〒		電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			続柄	生年月日	平成 令和 年 月 日	
					個人番号		
身体障がい者手帳番号		療育手帳番号		精神障がい者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)				
障がい基礎年金 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	
※「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。							
サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障がい支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	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	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						
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		居宅介護 (2人介護 有・無) 家事援助 時間/月 ( 時間/回) 身体介護 時間/月 ( 時間/回) 通院等介助 時間/月 ( 時間/回) (身体介護を伴う・伴わない) 通院等乗降介護 回/月 重度訪問介護 時間/月 (うち移動介護 時間/月) 同行援護 時間/月 (2人介護 有・無) 行動援護 時間/月 短期入所 日/月 通所サービス 日/月 共同生活援助 介護の提供希望 有・無 サテライト型住居の利用意向 有・無		
		<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"/> 重度障がい者等包括支援					
	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 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						
					利用事業所名		

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				
医師意見書の依頼方法 <input type="checkbox"/> 市から送付 <input type="checkbox"/> 受診時持込				

(※) 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がい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(障がい者：所得割16万円未満、障がい児：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。			
	<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)	
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障がい者特別給付費(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、特定障がい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(障がい者支援施設)			
	<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 グループホーム入居者に対する特定障がい者特別給付費(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、特定障がい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(□自己負担減免措置 □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 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			