

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

申請年月日 令和 年 月 日

木津川市福祉事務所長 宛て

次のとおり申請します。

なお、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、障害程度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、木津川市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。また、利用者負担額の算定にあたって必要となる私及び私と同じ世帯に属する世帯員の個人情報について、木津川市が調査・照会し、関係機関から情報提供を受けることについて同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日							
	氏 名			性 別	男 ・ 女							
	居 住 地	〒		TEL () - -								
フリガナ				生年月日	年 月 日							
支給申請に係る 障 害 児 氏 名				性 別	男 ・ 女	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								
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					
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)									
※「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 兄 状	障 害 福 祉 関係サービス	障 害 程 度	有・無	区 分	1	2	3	4	5	6	有効期 間	
		区分の認定										
	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										
区分	申請するサービスの種類											
	介護給付費						訓練等給付費					
訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護											
	身体介護 時間/月											
	家事援助 時間/月											
	通院等介助 時間/月											
	通院等乗降介助 回/月											
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 時間/月											
	<input type="checkbox"/> 同行援護 時間/月											
	<input type="checkbox"/> 行動援護 時間/月											
日中活動系	<input type="checkbox"/> 短期入所 日/月						<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） <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（養成施設 該当 ・ 該当しない）					
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 単位/月											
	<input type="checkbox"/> 療養介護											
	<input type="checkbox"/> 生活介護											
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援						<input type="checkbox"/> 共同生活援助					
相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援						<input type="checkbox"/> 就労定着支援					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援						<input type="checkbox"/> 自立生活援助					
※変更を希望する具体的な理由 ※心身の状況など支給量を変更する原因となった具体的な理由を記載すること												

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。 (当てはまるものに○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害者基礎年金等の収入の合計額が 80 万 9 千円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割 16 万円未満、障害児: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。		
	<table><tr><td><20歳以上の方> 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</td><td><20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)</td></tr></table>	<20歳以上の方> 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歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)
	<20歳以上の方> 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歳未満の方> 1. 施設入所者であること(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、特定旧法指定施設)		
<table><tr><td><20歳以上の方> 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</td><td><20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)</td></tr></table>	<20歳以上の方> 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歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)	
<20歳以上の方> 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歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)		
<input type="checkbox"/> IV グループホーム等入居者(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(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。 (注)対象事業所は、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)			
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置、□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。

【申請者本人以外(代理人)が申請する場合】

私は、次の者を代理人として定め、私の個人番号を提供することを委任します。

代理人氏名	㊞	申請者との関係	
代理人住所	〒 電話番号		

(※) 申請者が個人番号の提供をする場合は、番号確認ができるもの(個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写し又は住民票記載事項証明書)及び身元確認ができるもの(個人番号カード、官公署から発行された書類であって写真の表示がされているもの)を提示し、申請を行うこと。

(※) 代理人から個人番号の提供を委任する場合は、代理人の身元が確認できるもの(官公署から発行・発給された書類であって、写真の表示がされているもの)を提示し、申請者の個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票又は住民票記載事項証明書の写しを添付し、申請を行うこと。