

(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



大津市福祉事務所長 様
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	年	月	日	続柄
	氏名	個人番号:						
	居住地	〒	-	* 昼間、ご連絡できる電話番号を、必ずご記入ください (電話番号 - -)				

申請者と認定対象者が同一人であるときは次の認定対象者の欄は記入不要です。

認定対象者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名	個人番号:					
	居住地	〒	-	(電話番号 - -)			

所持する手帳 (番号を記入)	身体障害者 手帳	療育 手帳	精神障害者 保健福祉手帳等	難病名
障害福祉関係 サービス	障害支援区分	1・2・3・4・5・6	有効期限	終期 年 月 日
介護保険 サービス	要介護度	非該当 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		

障害支援区分認定にあたり、主治医は次のとおりです。
* 受診されていない、または主治医がない等の場合は、必ず障害福祉課(認定審査係)までご相談ください。

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	医療機関所在地	(〒 -) (電話番号 - -)
医	次回診察予約(予定)日か直近の診察日はいつですか。(薬の受取のみは診察に含みません。) 年 月 日頃受診予定 受診していない	

申請にあたり、相談支援事業所に相談されましたか。
または、日頃から計画相談を担当されている相談事業所をお書き下さい。
いいえ ・ はい (事業所名)

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	
訪問の系他	<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"/>	同行援助	/	
	<input type="checkbox"/>	行動援助		
	<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
居住系 地域相談支援	<input type="checkbox"/>	施設入所支援	<input type="checkbox"/>	就労移行支援(養成施設)
	<input type="checkbox"/>	地域移行支援	<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型
	<input type="checkbox"/>	地域定着支援	<input type="checkbox"/>	就労継続支援B型
			<input type="checkbox"/>	共同生活援助(グループホーム)

1. 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、意見及び医師意見書の全部又は一部を、大津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、福祉サービスの支給決定にあたり本人及び扶養義務者の課税状況等について調査することに同意します。

2. 主治医意見書を記載した医師から審査判定結果資料の提示請求があるときは、その医師に対し、該当資料を提示することに同意します。

本人又は保護者氏名 _____
(※)本人又は保護者が手書きしない場合は 記名押印してください

「申請する減免の種類」は、わかる範囲でご記入をお願いします。

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: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>	<20歳未満の方>
	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	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)	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>
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	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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <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。		

障害福祉課処理欄(以下は記入不要です)

区 別	1 新規 ・ 2 更新 (区分変更)	1 在宅 ・ 2 施設 (入院)
現認定の有効期限	令和 年 月 日	意見書 依頼機関
		依頼日 年 月 日 締切日 年 月 日
認定調査	1 職員 ・ 2 委託(委託先)	依頼日 年 月 日 締切日 年 月 日
		備考