

(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)

者負担額減額・免除等申請書

記入見本

利用対象者が18歳以上の場合は本人名
18歳未満の場合は保護者名
をご記入ください。

申請年月日 R3 年 6 月 1 日

*利用者が18歳未満の場合は保護者	氏名	豊中 太郎	生年月日	昭和40年10月1日
	居住地	〒561-8501	個人番号	000000000000

個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

利用対象者が18歳未満の場合
にご記入ください。

(携帯電話など平日、日中の連絡先)

フリガナ	支給申請に係る児童氏名	生年月日	年 月 日
*利用者が18歳未満の場合	個人番号	続柄	個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

【同意欄】

以下の内容を確認し、「はい・いいえ」のどちらかを○で囲んでください。

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、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、豊中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、利用料決定の号及び課税台帳、住民基本台帳等を閲覧すること、並

はい・いいえ

同意する場合は「はい」を○で囲んでください。

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 checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	居宅介護(身体介護) 週2回、1回1時間 (月10時間) 短期入所 (月7日) 生活介護 (原則の日数)
	<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 checked="" type="checkbox"/> 短期入所		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	希望するサービスの内容をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 生活介護	<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	<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)	
相談	<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

申請するサービスに☑をしてください。

希望するサービスの内容をご記入ください。

サービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分認定	(有) 無	区分	1	2	3	4	(5)	6	非該当	有効期間	平成28年12月31日
	介護保険サービス	要介護認定	有 (無)	要介護度		要支援							4 5

障害支援区分の有無・介護保険利用の有無をご記入ください。利用している場合はその内容もご記入ください。

主治	医療機関	〇〇病院	診療科名	内科	医師名	〇〇〇〇
		〒				

あてはまるものに☑をしてください。
あてはまらない場合は、空欄にしてください。

て下さい。

負担上限月額	<p>負担上限月額に関する認定にあたり、次の区分の適用を申請します。</p> <p>【下記のあてはまるものに☑を付けて下さい。いずれにも当てはまらない場合は空欄にして下さい】</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の方</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する方</p> <p> *療養介護を利用する方のみ、当てはまる方に☑を付けて下さい。</p> <p> { <input type="checkbox"/> 本人（本人が児童の場合は保護者）の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入合計額が80万円以下の方</p> <p> <input type="checkbox"/> 上記以外の方</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯に属する方であって障害者で市町村民税所得割額16万円未満の世帯の方もしくは、障害児で市町村民税所得割額28万円未満の世帯の方</p>
	<p><input type="checkbox"/> 医療型個別減免に関する申請 <u>【療養介護を利用する方のみ】</u></p> <p>下記にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 20歳未満の方</p> <p><input type="checkbox"/> 20歳以上で市町村民税非課税世帯の方</p>
	<p><input type="checkbox"/> 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する申請 <u>【入所施設、共同生活援助を利用する方のみ】</u></p> <p>下記にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 入所施設（障害者支援施設）を利用する方 <u>【入所施設の食費等軽減措置】</u></p> <p> <input type="checkbox"/> 20歳未満の方</p> <p> <input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯の方</p> <p><input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）を利用する方 <u>【家賃軽減措置】</u></p> <p> 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯の方</p>

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）の適用を申請します。
※ 福祉事務所が発行する

申請書提出者が本人以外の場合には、下の欄にもご記入ください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名	豊中 花子	申請者との関係	母
住所	〒561-8501 豊中市中桜塚 3-1-1 電話番号 090-0000-0000 (携帯電話など平日、日中の連絡先)		