

(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

(宛先) 檀原市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年〇月〇日

申請者	フリガナ	カシハラ タロウ		生年月日	平成△年△月△日		
	氏 名	檀原 太郎					
	個人番号			電話番号	0744-20-0015		
	居住地	〒 634-8509 檀原市内膳町1丁目1-60					
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	児童個人番号						
	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		続 柄		
	被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)				
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」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	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	訪問系・その他	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			
		☐ 居宅介護	☐ 自立生活援助				
		☐ 重度訪問介護	☐ 就労定着支援				
		☐ 同行援護					
		☐ 行動援護					
	日中活動系	☐ 短期入所					
		☐ 重度障害者等包括支援					
		☐ 療養介護	☐ 自立訓練(機能訓練)				
		☐ 生活介護	☐ 自立訓練(生活訓練)				
			☐ 宿泊型自立訓練				
			☐ 就労移行支援				
居住系	☐ 就労移行支援(養成施設)						
	☐ 就労継続支援A型						
	☐ 就労継続支援B型						
	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助(グループホーム)					
地域相談支援	☐ 地域移行支援						
	☐ 地域定着支援						

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、檀原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。

申請者氏名

檀原 太郎

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援（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	☐ 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	
	☐ 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）
	☐ 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、特定旧法指定施設）	
	〈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）
	☐ IV グループホーム入居者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。	
	☐ 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。

申請書提出者	☒ 申請者本人 ☐ 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		

世帯及び収入状況等申告書

(あて先) 檀原市福祉事務所長

申告年月日 令和〇年〇月〇日

申告者(保護者)住所 檀原市内膳町1丁目1-60
(保護者)氏名 檀原 太郎

※利用者が18歳以上の場合は利用者を申告者とします。

次のとおり申告します。

1. 世帯の状況等について

	個人番号	氏 名	生年月日	年齢	続柄	住民税 (該当に○)	
サービス利用者					本人	課税	非課税
世帯主 (生計維持者)						課税	非課税
世帯員						課税	非課税
						課税	非課税
						課税	非課税

※サービス利用者が18歳以上の場合は利用者とその配偶者のみを記載してください。
サービス利用者が18歳以上で、世帯主が利用者(又は配偶者)でない場合は世帯主欄を空欄にしてください。

2. 同意について

障害福祉サービスに関する支給申請をするにあたり、支給決定に必要な情報(住民票並びに世帯構成員の課税状況、年金・手当の受給状況)を利用並びに調査することを同意します。

申告者氏名 檀原 太郎

3. 世帯構成員の市民税課税状況について(1. の世帯状況で「課税」のある場合のみ記入してください。)

世帯員名	住宅ローンまたはふるさと納税の控除の有無	市民税所得割額
	有 ・ 無	円
	有 ・ 無	円
	有 ・ 無	円
所 得 割 額 計		円

※課税されている世帯員(利用者を含む)のみを記入してください。
※利用者が18歳以上の場合は本人と配偶者で課税のされている者のみ記入してください。

4. 申請者の収入の状況について（施設入所又は療養介護を利用する場合は記載してください。）

収入等の状況

	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等 (障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等 (特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入 ()	円
その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入 ()	円

必要経費

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
		円
社会保険料		円

5. 申告書提出

申請書提出者	☒ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

(記入上の注意)

1. 同意書欄に押印の無い場合は、課税状況のわかる証明を添付してください。なお、市外居住者や転入により檀原市にて課税状況の確認できない方は押印の有無にかかわらず、課税状況のわかる証明を添付してください。
2. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。
3. 世帯の範囲は、サービス利用者が18歳以上の場合は本人とその配偶者のみとし、18歳未満の場合は生計を同じくする家族全員（住民票における世帯員全員）となります。したがって、18歳以上で未婚の場合は本人のみとなります。配偶者がいる場合であっても、施設入所等で本人のみの住民登録をしている場合は本人のみとなります。

計画相談支援・障害児相談支援給付費支給申請書 兼 依頼届出書

（あて先）榎原市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

申請者

フリガナ	カシハラ タロウ	生年月日	平成 △ 年 △ 月 △ 日
氏 名	榎原 太郎		
居住地	榎原市内膳町1丁目1-60 電話番号 0744 (20) 0015		
フリガナ		生年月日	年 月 日
申請にかかる 児童氏名 (利用者が 18未満の場合)		続柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した事業者

（*事前に事業者に連絡し了承を得た上で記載してください。）

名 称	〇〇 相談支援事業所
所 在 地	榎原市八木町1丁目1-18 電話番号 0744 (22) 4001

申請提出者

☒ 申請者本人 ☐ 上記依頼事業者 ☐ 左記以外（下の欄に記入）			
フリガナ		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	電話番号 ()		