

(表)

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・療育介護医療費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

水戸市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生 年	年 月 日	
	氏 名	個人番号:		月 日		
	居住地	〒 -		電話番号 - -		
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ			生 年	年 月 日	
	氏 名	個人番号:		月 日	続 柄	
身体障害者 手帳等級・番号	第 号	療育手帳 等級・番号	第 号	精神障害者保健福祉 手帳等級・番号	第 号	級 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(※1)			保険者名及び番号(※1)			

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 1 2 3 4 5 6	有効期間	
	利用中のサービスの種類、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、内容等					

申請する サービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的な内容
		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	
		<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 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"/> 就 労 移 行 支 援	
			<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援 (A 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)	
		<input type="checkbox"/> 独 立 行 政 法 人 国 立 重 度 知 的 障 害 者 総 合 施 設 の ぞ み の 園 の 設 置 する 福 祉 施 設		
地域 相談 支援		<input type="checkbox"/> 地 域 移 行 支 援		
		<input type="checkbox"/> 地 域 定 着 支 援		

サービス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欄・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、水戸市福祉事務所長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。

申請者氏名

印

主治医 (※2)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地			電話番号 - -

※1 「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に記入してください。

※2 「主治医」欄は、介護給付費若しくは訓練等給付費(共同生活援助に係るものに限る。)を申請する場合又は精神科病院に入院している間に地域移行支援を申請する場合に記入してください。この場合、水戸市が主治医に対し意見書の作成を依頼すること、及び障害支援区分審査会において個人が特定できる情報を伏せたうえで意見書を資料として使用することに同意したものとみなします。

負担上限月額の認定 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。(該当するものに○印を付ける。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯(注1)に属する者であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯(注1)に属する者であって、2以外のもの				
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも該当するため、医療型個別減免を申請します。				
	<table border="1"> <tr> <td><20歳以上の方></td> <td><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td>1 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。 2 市町村民税非課税の者であること。</td> <td>1 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。</td> </tr> </table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。 2 市町村民税非課税の者であること。	1 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>			
	1 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。 2 市町村民税非課税の者であること。	1 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。			
<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食事軽減措置) 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。					
<table border="1"> <tr> <td><20歳以上の方></td> <td><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td>1 施設入所者(注2)であること(年齢 歳)。 2 市町村民税非課税の者であること。</td> <td>1 施設入所者(注2)であること(年齢 歳)。</td> </tr> </table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1 施設入所者(注2)であること(年齢 歳)。 2 市町村民税非課税の者であること。	1 施設入所者(注2)であること(年齢 歳)。	
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>				
1 施設入所者(注2)であること(年齢 歳)。 2 市町村民税非課税の者であること。	1 施設入所者(注2)であること(年齢 歳)。				
<input type="checkbox"/> IV グループホーム等入居者(注3)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。					
<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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <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。					

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

注1 ここでいう「世帯」とは、申請者が障害者であるときは「障害者及びその配偶者」をいい、申請者が障害児の保護者であるときは「申請者が属する住民票上の世帯」をいいます。

2 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)となります。

3 対象事業所は共同生活援助(グループホーム)となります。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入する。)		
フリガナ		申請者	
氏名		との関係	
住所			電話番号 - -