

**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・療養介護医療費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書**

(宛先) 枚方市福祉事務所長

申請日 年 月 日

障害福祉サービスについて次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日(歳)	
	氏名			個人番号		
	居住地			電話(携帯)		
	グループホーム入居前 又は施設入所前の住所			電話		
児童氏名 <small>※利用者が18歳未満の場合のみ</small>	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日(歳)
					個人番号	
身体障害者手帳	級	療育手帳	A・B1・B2		精神障害者保健福祉手帳	級
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
代筆者名	申請者との関係		理由			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入し、被保険者証の写しを添付してください。

■サービスの利用意向について に(レ)を記入してください。

給付区分	サービスの種類	担当課処理欄(記入不要)
介護給付	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 生活介護	
	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他	
訓練等給付	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練・生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型)	
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> その他	
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	

■サービス等利用計画作成に係る同意

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、枚方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従事者に提示することに同意します。

申請者氏名 _____

■利用者負担上限月額認定、利用者負担額減額・免除等の申請をされる方は、以下も記入してください。

利用者負担額減額・免除等の決定に当たり、住民登録資料、課税資料等を閲覧することに同意します。

(注) 利用者本人と配偶者【本人が18歳未満の場合(施設入所者は20歳未満)は、同じ世帯となっている人全員】について記入してください。

続柄	氏名	個人番号	生年月日	担当課処理欄
本人			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()
			年 月 日	非・均・所()

※生活保護受給者については、生活保護の証明書を添付してください。

※担当課記入欄(記入しないでください。)

一般2・一般1・一般1(児)・低・生保	有・無	R 年 月 日	円
---------------------	-----	---------	---

※ 施設に入所されている方及びグループホームに入居されている方は、以下も記入してください。

■減免申請に関する内容

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 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。	
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳） 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（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> II 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）	
	<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 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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> IV 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。		

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。

■収入申告書(施設入所者の補足給付の算定に必要です。)

【利用者本人が20歳未満の場合は、主たる生計維持者の令和 年分の収入内訳を記載】

(1) 合計所得金額の状況(市民税算定の基礎となる所得)

合計所得金額	
--------	--

(2) 収入等の状況(該当する項目に○をしてください。)

区分	種類	収入額
年金・手当等	障害基礎年金 1級・2級	円
	障害厚生年金(級)	円
	障害共済年金(級)	円
	老齢年金	円
	その他の年金()	円
	特別障害者手当	円
	障害児福祉手当	円
	特別児童扶養手当	円
	その他の手当()	円
工賃等収入		円
その他の収入()		円

(3) 必要経費

種類	内容	金額
租 税		円
社会保険料		円

※ 上に記入した収入及び必要経費の内訳について、根拠となる資料を添付してください。

例) ●給与収入がある場合は、源泉徴収票(写)●年金証書(写)又は振込通知書(写)

●手当の受給者証(写)●税・社会保険料を納付している場合は、領収書又は口座引き落としの通帳(写) 等