

記載例

介護給付費等支給申請書
(新規・変更・追加・取消・**継続**・再交付・負担変更・世帯分離)

(宛先)

〇〇年 〇月 〇〇日

秦野市長

次のとおり申請します。なお、支援利用計画等を作成するために必要があるときは、本申請に係る調査資料等について、秦野市から指定相談支援事業所、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設等の関係者に提示することに同意します。

申請者	氏名	秦野 太郎		生年月日	〇〇年 〇月 〇日
	居住地	〒257-8501 秦野市桜町1丁目3番2号		電話番号	0463-82-5111
支給申請に係る児童氏名		個人番号:	続柄 ()	サービス利用者の住所、氏名等を記入してください。サービス利用者が18歳未満のときは、『申請者』欄には保護者氏名、『児童氏名』欄には利用者氏名を、それぞれ記載してください。	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号			
被保険者証の記号及び番号(※)			保険		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを利用する場合)					

※「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御記入ください。

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	~〇〇年〇月〇〇日
		受給者証番号	1 0 0 0 0 0 1 2 3 4				
		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1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5			
	利用中のサービスの種類と内容等						

申請するサービスの種類等	区分	介護給付費	訓練等給付費	障害児通所給付費	地域生活支援事業	
	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"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 移動支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	
		<input type="checkbox"/> 同行援護	/	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	
		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		申請に係る具体的内容		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	今回申請されるサービスにチェックしてください。		
		<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			
<input type="checkbox"/> " (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		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型				
居系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(GH)	相談支援事業所名称を記入してください。			
相談系	<input type="checkbox"/> 計画相談支援	<input type="checkbox"/> セルフプラン				
	事業所名 ()					
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					

起案日	・	・	・	課長	課長代理	担当	受付
決裁日	・	・	・				
施行・送付日	・	・	・				

【負担上限期間】 ~ 【負担上限】 円 【モニタリング】 月ごと ()

【補足給付】 入所 GH 【多子軽減】 該当 (2子/5%、 3子以降/減免) 【訓練等給付期間】 該当 (年目)

上記のとおり決定し、別紙のとおり通知してよいか伺うもの 【任意コード】

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。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 ー		

該当する区分に
チェックしてくだ
さい。

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

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のうち、所得割が16万円未満(障害児にあっては28万円未満)に属する者 4 市町村民税課税世帯のうち、3以外の者	
	<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> 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1 施設入所者であること(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> III 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(入所施設の食事等軽減措置) 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。 ※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 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1 施設入所者であること(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> 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) 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税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(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。		
<input type="checkbox"/> VI 多子軽減措置に関する認定 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。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※在園証明書等が必要となります。		

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)	
ふりがな		申請者
氏名	〒 ー	と
住所	〒 ー	
	電話番号	() ー

世帯状況・収入等申告書兼
同意書を提出される場合は
記入不要です。