（第１面）

様式第１号（第５条、第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（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　地域生活支援事業費　障害児通所給付費）支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書**廿日市市長　様次のとおり申請します。サービス利用の決定のため、私の世帯の住民登録資料、私及び私の配偶者の課税資料並びに生活保護の受給について確認されることに同意します。なお、これらを確認されることについては、私の属する世帯員の承諾を得ています。また、申請受付後、サービス提供実績のある指定事業者及び指定施設から、サービス提供内容について確認されることについて同意します。児童については、必要に応じてこども家庭センターへの相談内容、乳幼児健診及び医療機関での受診内容について確認されることについて同意します。申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　㊞個人番号： |
| 居住地 | 〒 | 電話番号 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 支給申請に係る児童氏名 | 個人番号： |
| 続柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 | （等級　　　　） | 療育手帳番号 | （等級　　） | 精神障害者保健福祉手帳番号 | （等級　　） | 疾病名 |  |
| 自立支援医療（精神通院） | □　有　　　□　無 | 発達障害（診断書） | □　有　　　　□　無 |
| 被保険者証の記号及び番号（※） |  | 保険者名（※） |  |
| 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」欄は、療養介護又は医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 世帯構成員 | 続柄 | 生年月日 | 市民税額 | 備考 |
| 均等割 | 所得割 |
|  | 本人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

障害支援区分認定のための医師意見書作成主治医（※）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）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。）を申請する場合に記入すること。また、本人の心身状態が分かる医師氏名を記入すること。

|  |
| --- |
| 個人情報同意欄　　主治医意見書作成医師が情報提供を希望した場合は、認定調査結果、障害支援区分及び審査会による判定結果・意見を提供することに同意します。また、市から認定調査委託を受けた相談支援事所等に過去の調査結果等の情報を提供することに同意します。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、認定審査会における判定結果・意見及び医師意見書を、廿日市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、指定一般相談事業者、指定障害児相談支援事業者又は指定障害児通所支援事業者の関係人に提供することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

 |

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。

（第２面）

申請する減免の種類

　　該当する項目の□にチェックをしてください。

|  |
| --- |
| **□　Ⅰ　月額負担上限額に関する認定**　　　次の区分の適用を申請します。（当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合には、空欄とすること。）　１　生活保護受給世帯２　市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の当てはまる方にも○を付ける。　　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　市民税課税世帯（障がい者：所得割１６万円未満、障がい児：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（療養介護）**　　　次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歳以上の者】①療養介護利用者であること（年齢　　　歳）。②市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 | 【２０歳未満の者】①療養介護利用者であること（年齢　　　歳）。 |
| **□　Ⅲ　施設入所者に対する特定障害者特別給付費（補足給付（入所施設の食事等軽減措置））に関する認定**（注：対象施設は、介護給付費の対象となる施設（障害者支援施設等））　　　　次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。 |
| 【２０歳以上の者】①施設入所者であること（年齢　　　歳）。②市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 | 【２０歳未満の者】1. 施設入所者であること（年齢　　　歳）。
 |
| * **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。 |
| * **Ⅴ　多子軽減措置に関する認定**

次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※　在園証明等が必要となります。 |
| **□　Ⅵ　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。

（第３面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 障害福祉関係サービス | 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

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | サービスの種類 |
| 訪問系 | □　身体介護（　　　時間／月）　　　　□　家事支援（　　　時間／月）□　通院等介助介護（　　　時間／月）　□　通院等介助（　　　時間／月）□　通院等乗降介助（　　　回／月）□　重度訪問介護（　　　時間／月）□　同行援護（　　　時間／月）　（身体介護　有・無）□　行動援護（　　　時間／月）□　短期入所（　　　日／月）（基本・療養）□　重度障害者等包括支援（　　　　単位／月） |
| 日中活動系 | □　療養介護□　生活介護（　　　日／月）□　自立訓練（　　　日／月）（機能訓練・生活訓練）□　宿泊型自立訓練（　　　日／月）□　就労移行支援（　　　日／月）（□養成施設）□　就労継続支援Ａ型（　　　日／月）□　就労継続支援Ｂ型（　　　日／月）障害基礎年金1級の受給（ 有 ・ 無 ） |
| 居住系 | □　共同生活援助（グループホーム）※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。□　施設入所支援 |
| 地域相談支援 | □　地域移行支援□　地域定着支援 |
| 地域生活支援 | □　移動支援（　　　時間／月）　（身体介護　有・無）□　日中一時支援（　　　日／月）□　地域活動支援（　　　日／月） |
| 障害児通所 | □　児童発達支援　　　　（　　　日／月）（基本・難聴・重心）□　医療型児童発達支援　（　　　日／月）（基本・肢体・重心）□　放課後等デイサービス（　　　日／月）（基本・重心）□　保育所等訪問支援　　（　　　日／月） |
| 申請に係る具体的内容（変更の理由） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

 |