

(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

我孫子市長 星野 順一郎 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

Application form header section including fields for applicant name, address, birth date, and insurance information.

「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。

Table for service utilization status, including categories like '障害福祉関係サービス' and '介護保険サービス'.

Main table for service types and application content, with columns for '区分', 'サービスの種類', and '申請に係る具体的内容'.

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・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、我孫子市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。また、サービス決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請者氏名

印

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。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<p>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。)</p> <p>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、又は のあてはまる方にも をつける。 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 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</p>	
	<p>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。</p>	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>
	1. 療養介護利用者であること(年令 才)	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	
	<p>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)</p>	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>
1. 施設入所者であること(年令 才)	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		
<p>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。</p>		
<p>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(自己負担減免措置 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。</p>		

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 ()		