

(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

吹田市長 あて

申請年月日 令和 ●●年 ●●月 ●●日

申請書を提出する日にち、もしくは郵送する日にちをご記入ください。

次のとおり申請します。

また、この申請に係る審査のため市職員が下記の申請者の属する世帯の課税内容・収入等について調査すること及び障害支援区分認定に係る調査内容、市町村審査会における判定結果及び医師意見書の全部又は一部を、吹田市から指定特定又は指定一般相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の関係人にサービス提供に必要な範囲で提示することに同意します。

【対象者が18歳以上の場合】  
本人の氏名・生年月日・居住地をご記入ください。  
【対象者が児童(18歳未満)の場合】  
保護者の氏名・生年月日・申請者との続柄をご記入ください。

申請者	フリガナ	キニュー レイタロウ		生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日
	氏名	記入 例太郎			
	個人番号				
	居住地	〒 565-8550 吹田市泉町1-3-40		電話番号	06-6384-****

【対象者が児童(18歳未満)の場合にのみ記入】  
対象児の氏名・生年月日・保護者(申請者)との続柄をご記入ください。

フリガナ	生年月日	年 月 日
支給申請に係る障がい児氏名	続柄	
個人番号		

身体障害者手帳番号	第 **** 号	療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				被保険者名及び保険者番号(※)			

該当の手帳を所持している場合は手帳の番号をご記入ください。

障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援A型・B型のサービスを利用する者に限る。) 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。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障害支援区分の認定	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	区分等	1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 6 非該当	有効期間	~H●●●●
	介護保険サービス	要介護認定	有 <input checked="" type="radio"/> 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	

障害支援区分の有無や、区分程度、有効期間、利用中の障がい福祉サービスがある場合、サービス名称をご記入ください。

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費	
日中活動系		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	短期入所 月 5日  生活介護 月 10日
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
居住系	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	共同生活援助(グループホーム) ※ <input type="checkbox"/> 指定共同生活援助事業所	
	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
地域相談支援	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	
	<input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援		
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型		
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

介護保険の認定を受けている場合は認定度合と利用している介護保険サービスのサービス名称や内容をご記入ください。

申請するサービス種類のチェックボックスにチェックを入れてください。  
サービス内容の具体的な内容についてもご記入ください。

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。

利用者負担額等について、該当する箇所にチェック等をしてください。  
該当する状態について公簿にて事実確認できない場合は、証明書類を添付する必要があります。

申請する 減免の 種類	<input checked="" type="checkbox"/> <b>I 負担上限月額に関する認定</b> 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。)	
	<input type="checkbox"/> <b>II 医療型個別減免に関する認定</b> 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)	(20歳未満の方)
	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	1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	<input type="checkbox"/> <b>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)</b> 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、特定旧法指定施設)	
(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) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	1. 施設入所者であること(年令 才)	
<input type="checkbox"/> <b>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)</b> 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"/> <b>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</b> 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。		

申請者以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。  
申請者が申請書を提出する場合は「□ 申請者本人」にチェックしてください。

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 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	<b>見本 例子</b>	申請者との関係	<b>親族</b>
住所	〒 ***-**** <b>茨木市●●●●-▲▲▲</b> 電話番号 <b>06-****-****</b>		