

（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

美唄市福祉事務所
所長

次のとおり申請します。

マイナンバーを記入

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	ビバイ タロウ	個人番号															
	氏名	美唄 太郎	生年月日	平成 ○○年○○月○○日														
	居住地	〒072-8660 美唄市西3条南1丁目1番1号 電話番号 0126 - 62 - 3148																
	フリガナ		個人番号															
	支給申請に係る児童氏名	手帳や指定難病をお持ちの方は手帳番号等を記入																
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名											
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）																		

現在サービスをご利用の方は区分認定情報、受給者番号、支給決定状況等を記入

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	区分	有効期間	令和○年○月○日～令和○年○月○日
		利用中のサービスの種類と内容等 【受給者番号】0000000000 【居宅介護】通院介助（身体介護を伴わない）6時間/月 1回あたり6時間 特別地域加算対象者 【計画相談】特別地域加算対象者 【共同生活援助】31日/月 特定障害者特別給付費対象者				
	介護保険サービス	要介護認定	無	要介護度		
		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		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	就労継続支援B型 該当月から8日を控除した日数
		☒ 居宅介護	☐ 就労定着支援	
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	
		☐ 同行援護	☐ 就労選択支援	
		☐ 行動援護		
	訓練系・生活・就労系	☐ 短期入所	☐ 自立訓練（機能訓練）	現在支給されているサービス内容に加え、新たに申請するサービスにチェック。 具体的内容は新規サービス申請の支給量等を記載
		☐ 療養介護	☐ 自立訓練（生活訓練）	
		☐ 生活介護	☐ 宿泊型自立訓練	
			☐ 就労移行支援	
		☐ 就労移行支援（養成施設）		
居住系		☐ 就労継続支援A型		
		☒ 就労継続支援B型		
	☐ 施設入所支援	☒ 共同生活援助（グループホーム）		
地域相談支援	☐ 地域移行支援			
	☐ 地域定着支援			

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は必要があるときは、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、美唄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関係人に提示することに同意します。

サービス利用者の氏名・押印

申請者氏名

美唄 太郎



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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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	☐ 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82万6,500円以下のもの ②①以外の者 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者: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 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. 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)
	☐ 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)	
	<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)
	☐ 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。	
☐ 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。		

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。

申請書提出者の情報を記載
(申請者本人の場合はチェックのみ)

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	美唄 花子	申請者との関係	母
住所	〒072-8660 美唄市西3条南1丁目1番1号 電話番号 0126 - 62 - 3148		

私は、利用者負担額上限月額を決定するために必要な場合、美唄市福祉事務所長が私及び私と同一世帯にあるものの所得について調査することに同意します。

サービス利用者の氏名・押印

申請者 氏名 美唄 太郎

