

記入例

(第1面)

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・療養介護医療費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

※印字・代筆の場合はシャチハタ以外で押印してください。本人自筆の場合のみ印鑑不要です。

年 月 日

(宛先) 旭川市長
次のとおり申請します。

申請者	ふりがな	あさひかわ たろう		生年月日	××××年 ○月 ○日		
	氏名	旭川 太郎 ※(印)			←個人番号不明の場合は記載不要です。		
居住地	〒●●●●-●●●● 旭川市○条通○丁目×番××号 ●●マンション○号室 電話番号 ×××-○○○○-○○○○						
申請に係る障害児氏名	ふりがな			生年月日	年 月 日		
		(個人番号:)		続柄			
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(B型)のサービス申請する者に限る。)					有・無		
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)				

※ 「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に記入してください。

サービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	介護サービス	利用中のサービスの種類と内容等		要介護認定	有・無	要介護度	要支援() ・ 要介護 1 2 3 4 5
※利用を希望するサービスにチェックを入れてください。							

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	<input type="checkbox"/> 介護給付費	<input type="checkbox"/> 訓練等給付費				(例1) 新たなサービスの追加を希望する場合 ○月○日から就労継続支援A型の23日/月の追加を希望	
		<input type="checkbox"/> 訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 就労定着支援					
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助					
		<input type="checkbox"/> 同行援護						
		<input type="checkbox"/> 行動援護						
日中活動系	<input type="checkbox"/> 短期入所				(例2) 現在、支給決定されているサービスの有効期限が到来するため、サービスの更新を希望する場合 ○月○日以降も左記サービスの継続利用を希望(支給決定量は現在と同等)			
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)						
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)						
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練						
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援						
居系住	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)			(例2) 現在、支給決定されているサービスの有効期限が到来するため、サービスの更新を希望する場合 ○月○日以降も左記サービスの継続利用を希望(支給決定量は現在と同等)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)							
地談域支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援				※「いつから」「支給決定量」など具体的内容を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 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、旭川市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又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。

※印字・代筆の場合はシャチハタ以外で押印してください。本人自筆の場合のみ印鑑不要です。

申請者氏名 旭川 太郎 ※(印)

(第2面)

主治医 (※)	氏 名		
	医療 機関	名 称	
		所在地	〒
			電話番号

※ 「主治医」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、排せつ若しくは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合又は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。）を申請する場合に記入してください。

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 次の区分の適用を申請します。 （該当する番号を○で囲んでください。）	
	1 生活保護法による被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による被支援者 2 市町村民税非課税世帯に属する者 療養介護利用者である場合には、該当する記号を○で囲んでください。 ア 合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の者 イ ア以外の者 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割額16万円未満、障害児：所得割額28万円未満）に属する者	
	※ 18歳以上（施設入所者（注）は20歳以上）の障害者の「世帯」の範囲は、障害者及び同一の世帯に属する配偶者です。	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 次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歳以上の者> 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又は生活保護等受給世帯に属する者	<20歳未満の者> 1 療養介護利用者であること （年齢 歳）
<input type="checkbox"/> III 施設入所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（入所施設の食費等軽減措置） 次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。		
<20歳以上の者> 1 施設入所者（注）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等受給世帯に属する者	<20歳未満の者> 1 施設入所者（注）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） 市町村民税非課税世帯又は生活保護等受給世帯に属する者であるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護等への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護法による被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による被支援者への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。		

※申請者本人が提出する場合はチェックのみ入れて、氏名等の記入は不要です。

実関係を確認できるときは、当該書類を省略することができます。

（注）「施設入所者」は、介護給付費の対象となる障害者支援施設に入所している者をいう。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（次の欄に記入）		
ふりがな	あさひかわ じろう		
氏 名	旭川 二郎	申請者との関係	事業所職員
住 所	〒●●●●-●●●● 旭川市○条通○丁目×番××号 ●●事業所 電話番号 ×××-××××-〇〇〇〇		