

障害福祉サービス等に関する申請書

(介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費)(障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費)(地域生活支援事業費)(計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給) 兼 利用者負担上限月額認定・減免等

加古川市長 様

次のとおり申請します。 新規 変更 更新

申請年月日 年 月 日

フリガナ			個人番号						
申請者 (保護者)氏名			生年月日	大正 昭和		年 月 日		平成 令和	
居住地	〒 _____ - _____		電話番号 () - _____						
フリガナ			個人番号						
申請に係る児童氏名 ※18歳未満の場合のみ			生年月日	平成 令和		年 月 日			
			続柄						
身体障害者 手帳番号	第 _____ 号 種 _____ 級	療育手帳 番号	兵庫県第 _____ 号 _____ 判定	精神障害者保健 福祉手帳番号	兵庫県第 _____ 号 _____ 級				
疾病名				自立支援医療 (精神通院医療)	有 ・ 無				
医療機関名(※)				主治医の氏名(※)					
医療機関の所在地				最近の受診日	年 月 日				

(※)「医療機関名」及び「主治医の氏名」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。児童の場合は記入不要。

サービス 利用状況	障害福祉 サービス等	障害支援 区分の認定	有・無	区分 (非該当・1・2・3・4・5・6)	有効 期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	利用中のサービスの種類及び内容等(□ 下記にある、「申請するサービスの種類」の内容と同じ)						
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	非該当	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)
利用中のサービスの種類及び内容等							

申請するサービスの種類				申請に係る具体的内容		
障害福祉 サービス 及び地域 相談支援	<input type="checkbox"/> 居 宅 介 護	右記に記載	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	障害基礎年金1級 受給(有・無)	<input type="checkbox"/> 家事援助 (時間/月)	
	<input type="checkbox"/> 重 度 訪 問 介 護	時間/月	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型			<input type="checkbox"/> 身体介護 (時間/月)
	<input type="checkbox"/> 同 行 援 護	時間/月	<input type="checkbox"/> 就 労 選 択 支 援	<input type="checkbox"/> 通院等介助 (時間/月) →身体介護(有・無)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 (回/月)	
	<input type="checkbox"/> 行 動 援 護	時間/月	<input type="checkbox"/> 就 労 移 行 支 援 (□養成施設)			
	<input type="checkbox"/> 短 期 入 所	日/月	<input type="checkbox"/> 就 労 定 着 支 援			
	<input type="checkbox"/> 重 度 障 害 者 等 包 括 支 援	単位/月	<input type="checkbox"/> 自 立 生 活 援 助			
	<input type="checkbox"/> 療 養 介 護	/	<input type="checkbox"/> 共 同 生 活 援 助 (グループホーム)			
	<input type="checkbox"/> 生 活 介 護		<input type="checkbox"/> 介 護 サ ー ビ ス 包 括 型 □日中サービス支援型			
	<input type="checkbox"/> 施 設 入 所 支 援		<input type="checkbox"/> サテライト型 □外部サービス利用型			
	<input type="checkbox"/> 自 立 訓 練 (機 能 訓 練)		入浴、排せつ又は食事等の介護(□有 □無)			
<input type="checkbox"/> 自 立 訓 練 (生 活 訓 練)	<input type="checkbox"/> 地 域 移 行 支 援					
<input type="checkbox"/> 宿 泊 型 自 立 訓 練	<input type="checkbox"/> 地 域 定 着 支 援					
障害児 通所支援	<input type="checkbox"/> 児 童 発 達 支 援		日/月	<input type="checkbox"/> 保 育 所 等 訪 問 支 援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 放 課 後 等 デ イ サ ー ビ ス		日/月	<input type="checkbox"/> 居 宅 訪 問 型 児 童 発 達 支 援	日/月	
地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 移 動 支 援 →身体介護(有・無)	時間/月	<input type="checkbox"/> 日 中 一 時 支 援	日/月		
			<input type="checkbox"/> 訪 問 入 浴	回/月		

相談支援 事業所	事業所名	所在地
-------------	------	-----

サービス等利用計画作成のために、障害福祉サービス等の受給者証等を市から上記の相談支援事業所(指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所)へ送付することに同意します。 (レ点でチェック) 裏面につづく

利用者負担上限月額認定申請

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。(該当する区分にチェック)

生活保護世帯	市町村民税非課税世帯		市町村民税課税世帯	
<input type="checkbox"/> 所得区分 1 0円 (療養介護利用者は収入等に応じた上限額となります。)	<input type="checkbox"/> 所得区分 2 障がい者又は障がいの 児の保護者の年収が 80.9万円以下	<input type="checkbox"/> 所得区分 3 所得区分 2 以外	<input type="checkbox"/> 所得区分 4 市民税所得割額 16万円 (障がい児にあっては 28万円) 未満 ※グループホーム入居者、 宿泊型自立訓練の利用者、 20歳以上の施設入所者を除く	<input type="checkbox"/> 所得区分 5 所得区分 4 以外 又は グループホーム入居者 宿泊型自立訓練の利用者 20歳以上の施設入所者
	0円 (療養介護利用者は収入等に応じた上限額となります。)		【施設等入所者以外】 障がい者 9,300円 障がい児 4,600円 【18歳、19歳の施設等入所者】 9,300円	37,200円

※世帯の範囲：18歳以上の障がい者（施設に入所する18、19歳を除く）…障害のある方とその配偶者
 障がい児（施設に入所する18、19歳を含む）…原則保護者の属する住民基本台帳上の世帯 **申請者の配偶者（有・無）**

各種減免等認定申請

I 医療型個別減免に関する認定
 下記のいずれにも該当するため、医療型個別減免を申請します。(該当する箇所○を付け、年齢を記載。)

<input type="checkbox"/> <20歳以上の方> 1 療養介護利用者（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	<input type="checkbox"/> <20歳未満の方> 療養介護利用者（年齢 歳）
---	---

II 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）
 下記のいずれにも該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。(該当する箇所○を付け、年齢を記載。)

<input type="checkbox"/> <20歳以上の方> 1 施設入所者（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者又は生活保護受給世帯の者	<input type="checkbox"/> <20歳未満の方> 施設入所者（年齢 歳）
---	---

III 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該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。(家賃額を記載。)

家賃額 _____ 円

IV 多子軽減措置に関する認定（認可外保育所に通園する場合を除く）
 下記の区分の適用を申請します。(該当する箇所○を付け。)

1 第2子に該当する児童
 2 第3子以降に該当する児童
 ※ 支給申請に係る児童の兄弟の通園証明書が必要です。

V 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です。

(注) 施設入所支援・療養介護利用者は、別紙「収入・資産等申告書」を提出すること。

同意書

- 私は、介護給付費等の支給の申請・決定・利用及び利用者負担上限月額の認定・減免等の算定・決定に当たって、私及び私の「世帯（※1）」に関する以下の事項を調査することに同意します。
 - ①住民基本台帳情報 ②市区町村民税課税状況並びに固定資産税及び都市計画税の納付状況
 - ③特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当等の各種手当の受給状況
 - ④障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金等の各種年金の受給額
 - ⑤国民健康保険料、後期高齢者医療保険料、介護保険料の納付額
 - ⑥介護保険制度における要介護認定又は要支援認定の情報並びに利用者負担額（高額介護サービス費・高額介護予防サービス費により償還された費用を除く。） ⑦医療保険の資格情報
 - ⑧国民健康保険及び後期高齢者医療保険の限度額情報及び長期入院該当有無
- 私が申告した収入等に誤りがある場合、遡って再認定を受けることについて同意します。
- 各申請に係る障害福祉サービス費等の支給（不支給の場合を除く。）に必要なときは、私の受給者証に記載された事項及び障害福祉サービス費等の支給のために調査した内容（※2）について、私の受給者証に記載された障害福祉サービス事業者等若しくは障害者支援施設等の関係人（以下「事業者」という。）に対し閲覧させることについて同意します。
- サービス等利用計画等又は個別支援計画等を作成するため必要があるときは、必要事項を加古川市から事業者へ提示することに同意します。
- 多子軽減措置に伴う障害児通所給付費支給に関する認定に必要があるときは、支給申請に係る児童の兄弟の児童福祉法に規定する幼稚園等の入所状況を加古川市が確認することに同意します。
 (※1) 世帯の範囲 18歳以上の障がい者（施設に入所する18、19歳を除く）…障害のある方とその配偶者
 障がい児（施設に入所する18、19歳を含む）…原則保護者の属する住民基本台帳上の世帯
 (※2) 就労移行支援によるアセスメント結果を含む。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下記の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -		
		電話番号（	） -