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

（あて先）千葉市長

申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（児童） | 受給者証番号 | |  |  | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | 新規：記入不要  更新：**左詰めで記入** | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各種手帳 | | □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　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | □自立支援医療受給者証（精神通院医療）　（番号　　　　　　　　　　　）  □特定疾患医療受給者証　　　　　　　　　（番号　　　　　　　　　　　）  □診断書 （病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（保護者） | 個人番号 | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |  | | **※対象者と申請者が同一（満１８歳以上）の場合、記入不要** | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 続柄 | | 対象児童から見て | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 居住地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物名・部屋番号等 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | **（携帯電話など平日、日中の連絡先）**  　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＦＡＸ番号 | －　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電子メール  アドレス | ＠ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（１）申請する障害福祉サービス及び地域相談支援の種類・具体的内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護給付費 | □居宅介護（□身体介護　　　　時間／月・□通院等介助　　　　時間／月  　　　　　　　□家事援助　　　　時間／月・□通院等乗降介助　　　　時間／月） | |
| □重度訪問介護　　　　時間／月　□同行援護　　　　時間／月　□行動援護　　　　時間／月 | |
| □療養介護　　　　日／月（被保険者証の記号及び番号　　　　　　保険者名及び番号　　　　　　） | |
| □生活介護　　　　日／月　□短期入所　　　　日／月 | |
| □重度障害者等包括支援　　　　　　　単位／月　□施設入所支援　　　　日／月 | |
| 訓練等給付費 | □自立訓練（機能訓練）　　　　日／月　□自立訓練（生活訓練）　　　　日／月  □宿泊型自立訓練　　　　日／月 | |
| □就労移行支援（□養成施設以外・□養成施設）　　　　日／月 | |
| □就労継続支援Ａ型　　　　日／月 | |
| □就労継続支援Ｂ型　　　　日／月（障害基礎年金１級の受給　□有・□無） | |
| □就労定着支援　　　　日／月　□自立生活援助　　　　日／月 | |
| □共同生活援助（グループホーム）　　　　日／月  　□介護サービス包括型（入浴、排せつ又は食事等の介護の希望　□有・□無）  　□日中サービス支援型（入浴、排せつ又は食事等の介護の希望　□有・□無）  　□外部サービス利用型（入浴、排せつ又は食事等の介護の希望　□有・□無）  　　□サテライト型住居の利用  　　　□体験利用　　　　日／月　期間（　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日） | |
| 地域相談支援給付費 | | □地域移行支援　　　　日／月　□地域定着支援　　　　日／月 |

（２）障害福祉サービス等の利用状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉関係サービス | 障害支援  区分の認定 | 有・無 | １　２　３　４　５　６  　非該当 | | 有効  期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 介護保険サービス | 要介護  認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援　１　２　／　要介護　１　２　３　４　５ | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |

（３）主治医に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医の氏名 |  |
| 医療機関の名称・所在地等 |  |

（４）利用者負担額減免等に係る事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得区分 | | 負担上限月額に関する認定に当たり、次の区分の適用を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □生活保護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □低所得（市町村民税非課税世帯） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※**療養介護**を利用する場合で**低所得**に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックを付けてください。  □低所得１（利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方）  □低所得２（低所得１以外の方） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □一般１（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）） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □一般２（市町村民税課税世帯（一般１に該当する方を除く）） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □医療型個別減免に関する認定（**療養介護**を利用する方のみ）  下記に該当するため、医療型個別減免の適用を申請します。  □20歳未満  □20歳以上で市町村民税非課税世帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定  下記に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □入所施設を利用する場合【入所施設の食費等軽減措置】  □20歳未満  □20歳以上で生活保護世帯又は市町村民税非課税世帯 | | | | | | | | | | | | | | □共同生活援助（グループホーム）を利用する場合【家賃軽減措置】  □生活保護世帯又は市町村民税非課税世帯 | | | | | | | | | | | | | | |
| □生活保護への移行予防措置の適用を申請します。  ※保健福祉センター（千葉市外の場合は福祉事務所）が発行する境界層対象者証明書が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者が属する世帯の状況 | | | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（５）提出者　**※申請者と同一の場合、記入不要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  | |
| 住所 |  | | | |
| 建物名・部屋番号等 |  | | |
| 連絡先  電話番号 | **（携帯電話など平日、日中の連絡先）**  　　　　－　　　　－ | | | |

（６）同意書　別紙のとおり

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・免除等申請に係る同意書

（あて先）千葉市長

|  |
| --- |
| □　私は、介護給付費等の支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、私が属する世帯の市民税課税の状況及び所得額の状況について、千葉市が必要な範囲で調査することに同意します。また、この調査をされることについて、私の属する世帯員の承諾を得ています。なお、「属する世帯」とは、対象者が18歳以上の障害者（施設に入所する18、19歳を除く）である場合は、障害者本人及び配偶者になります。対象者が18歳未満の障害児（施設に入所する18、19歳を含む）である場合は、障害児の保護者が属する世帯全員になります。  □　私は、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、医師意見書の全部又は一部を、千葉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若しくは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。  □　私は、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、次に掲げる書類（原本・写し）を、（　　　　　　　　　　　　　　　）に送付することに同意します。  障害支援区分認定通知書／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（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書／変更決定通知書／受給者証／計画相談支援給付費支給（却下）決定通知書  　　年　　月　　日  **※　申請者本人又は代理人による署名をお願いします。**  申請者氏名  代理人氏名  　（申請者本人との続柄　　　　　　） |