

(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) 甲府市福祉事務所長

次のとおり申請します。

(新規・変更・区分追加(変更)・更新)

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ					個人番号										
	氏名					生年月日	T/S/H/R	年	月	日	(歳)					
	居住地					電話番号	—									
フリガナ					個人番号											
支給申請に係る児童氏名						生年月日	H/R		年	月	日	(歳)				
						統柄										
身体障害者手帳	有・無	療育手帳	有・無	精神障害者保健福祉手帳	有・無	疾病名等(診断名等)										
障害基礎年金の受給の有無		有(1級・2級・3級)・無				生活保護の受給の有無	有・無									
障害福祉サービス受給者証番号		1	9	2	0	1										

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・無	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						

申請するサービス	区分	サービスの種類			申請に係る具体的な内容
		介護給付費		訓練等給付費	
	訪問系・その他	□居宅介護 (□身体 □家事 □乗降 □通院)	□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			
		□重度障害者等包括支援			
	訓練系・活動就労系	□短期入所	□自立訓練(機能訓練)		
		□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	□施設入所支援	□就労継続支援A型			
		□就労継続支援B型			
地域相談支援	□地域移行支援	□共同生活援助(グループホーム) (□介護型 □外部型 □日中型 □サテライト型 □体験)			
	□地域定着支援				

私(共)に係る支給決定に関する事項について、関係部署、官公署、関係機関、関係者等に甲府市福祉事務所長が調査すること及び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、障害支援区分認定調査票、概況調査等の調査票や医師意見書等を、指定特定相談支援事業者等に資料として提供することに同意します。

申請者氏名

甲府市使用欄		
年 月 日		
担当	係長	課長
(決定)		
		チェック欄 入力 確認 発送

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	最終受診日： 年 月 日		
	所在 地	〒		電話番号	—	—
区分調査に係る希望等		調査希望場所 ⇒ 同席希望者 ⇒ 調査の連絡先 ⇒ <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下に記入) 氏名 : 電話番号 : — — 申請者との関係 (事業所名) :				

(※) 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。

◎障害支援区分の認定にあたり、上記記載の主治医へ甲府市から医師意見書の記入・提出を依頼します。

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 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 80 万円以下のもの ② 上記①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						
	<input type="checkbox"/> 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〉			〈20歳未満の方〉			
	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			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 (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〉			〈20歳未満の方〉			
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			1. 施設入所者であること (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"/> 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 (<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。 ※ 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒	電話番号	— —