|  |
| --- |
| 受理日付印 |
|  |

(様式第１号)

**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**

**障害児通所給付費　計画相談支援給付費　障害児相談支援給付費　支給・変更申請書　及び　利用者負担額減額・免除等申請書　兼　世帯状況・収入等申告書**

姶良市福祉事務所長　様　　　　　　　　 申請年月日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者氏名****（18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人）** | **対象児氏名****（18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は記入不要）** |
| **マイナンバー** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **マイナンバー** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **フリガナ** |  | **フリガナ** |  |
| **氏　名** |  | **氏　名** | (申請者との続柄：　　　　) |
| **生年月日** | 　　　　　年　　　　　月　　　　日 | **生年月日** | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **居住地** | 〒　　　　-電話番号（　　　　）　　　　－ | **居住地** | □同左〒　　　　-電話番号（　　　　）　　　　－ |

１　手帳等の所持状況等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **種類** | □身体障害者手帳　□療育手帳　□精神保健福祉手帳□自立支援医療　□診断書・意見書　□その他(　　　　　) | **障害基礎年金１級の受給の有無****（就労継続支援Ｂ型のサービスを申請する者に限る。）** | 有 ・ 無 |
| **※下記の欄については療養介護を申請する者に限る。** |
| **被保険者証の記号及び番号** |  | **保険者名及び番号** |  |

２　サービスの利用状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **障害福祉****児童通所** |  | **支援区分** | 無・（区分　１　２　３　４　５　６　） |
| **介護保険** | 無・(要支援　１　２ / 要介護　１　２　３　４　５ ) |
| **居宅介護支援事業所** |  |

３　申請するサービス等の種類・計画を依頼する事業所名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介護給付** | **訓練等給付** | **地域相談支援** | **障害児通所支援** |
| □居宅介護(身体・家事・通院・通院乗降) | □自立訓練（機能訓練） | □地域移行支援 | □児童発達支援 |
| □自立訓練（生活訓練） | □地域定着支援 | □医療型児童発達支援 |
| □重度訪問介護 | □宿泊型自立訓練 |  | □放課後等デイサービス |
| □同行援護 | □就労移行支援 |  | □保育所等訪問支援 |
| □行動援護 | □就労移行支援（養成施設） |  | □居宅訪問型児童発達支援 |
| □短期入所 | □就労継続支援A型 | **計画相談支援事業所名･障害児相談支援事業所名** |
| □重度障害者等包括支援 | □就労継続支援B型 | （事業所名） |
| □療養介護 | □就労定着支援 |  |
| □生活介護 | □自立生活援助 | （住所） |
| □施設入所支援 | □共同生活援助□介護サービス包括型　□外部サービス利用型　□日中サービス支援型 |  |
|  | （事業所番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | （連　絡　先：　　　　　－　　　　　－　　　　　　） |
| **申請(変更)の理由・内容** | (変更年月日： 　　　　年　　　月　　　日) |

上記のとおり申請します。

上記申請に係る利用者負担の減額・免除等の決定のため私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査及び照会・閲覧することに同意します。

また、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、障害支援区分認定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、姶良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。

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者氏名****(保護者)** | 　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、姶良市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設等の関係人に提示することに同意します。

（裏面あり）

４　医師（※）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医師の氏名** |  | **医療機関名** |  |
| **所在地** | 〒　　　-　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　電話番号 (　　　　　)　 　　　- |

（※）医師の欄は、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に限る。）又は地域移行支援を申請する場合記入すること。

５　調査への同席者の希望

|  |  |
| --- | --- |
| **調査への同席者の希望** | □有　氏名(　　　　 　)関係(　　　　)連絡先(　　　　　　　　　　　)　　□無 |
| **日程調整の際の連絡先** | □本人　□本人以外　氏名(　　　　　　 )関係( 　 )連絡先(　　　　　　　　　 ) |

６　申請する減免等の種類

|  |
| --- |
| □　負担上限月額　下記の区分の適用を申請します。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□利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入が80万円以下の者　　　□左記以外のもの３　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28万未満)に属する者 |
| □　医療型個別減免　療養介護、医療型児童発達支援の利用をするため、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　　才)　　　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　　才) |
| □　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)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。　　(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　　才)　　　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　　才) |
| □　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。 |
| □　生活保護への移行予防措置　　　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。 |
| □　多子軽減措置に関する認定　下記の区分の適用を申請します。　１　第２子に該当する者　　　２　第３子以降に該当する者 |

７　世帯の状況（１８歳未満の方については、保護者名も記入すること。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯の状況** | **氏名(本人との続柄)** | **生年月日** | **世帯の状況** | **氏名(本人との続柄)** | **生年月日** |
| **本人** | (　　　) | 　　．　　．　 | **保護者** | (　　　) | 　　．　　．　 |
| **配偶者** | (　　　) | 　　．　　．　 | (　　　) | 　　．　　．　 |

８　申請者の収入及び必要経費の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **区分** | **種　類** | **収入額** |
| **稼得等収入** | 障害年金等(障害(基礎・厚生・共済)年金，特別障害給付金等) | 円 |
| 手当等(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) | 円 |
| 工賃等 | 円 |
| その他の収入(　　　　　　　　　　　　　　　　) | 円 |
| 仕送り収入　不動産等による家賃収入　その他の収入(　　　　　　　　　) | 円 |
| **種類** | **内　容** | **金　額** |
| **租税** |  | 円 |
| **社会保険料** |  | 円 |

９　申請書提出者　□申請者本人　□申請者本人以外(下欄に記入)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** |  | **申請者との関係** |  |
| **住　所** | □申請者住所と同じ〒　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 (　　　　　) 　　　　- |

上記に記載した内容について、事実と相違ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者氏名****(保護者)** | 　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |