

(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

【 ☐ 新規申請 ☐ 更新申請 ☐ 変更申請 】

能代市長 様

次のとおり申請します。

(※1) 障害者の場合は本人、児童の場合はその保護者

申請年月日 年 月 日

申請者 (※1)	フリガナ		個人番号												
	氏 名		生年月日 (和歴)	年 月 日 歳 (申請日時点)											
	居 住 地	〒 -										電話番号			
利用者が児童の場合	フリガナ		個人番号												
	児童氏名		生年月日 (和歴)	年 月 日 歳 (申請日時点)											
	居 住 地	☐ 申請者と同じ 〒 -										電話番号		☐ 申請者と同じ	
身体障害者手帳	番号 等級	号 級	療育手帳	番号 程度	号	精神障害者 保健福祉手帳		番号 等級	号 級						

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	☐ 無 ☐ 有（１・２・３・４・５・６）有効期間： 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・要支援認定	☐ 無 ☐ 有（要支援１・２）（要介護１・２・３・４・５） 有効期間： 年 月 日
		利用中のサービスの種類と内容等	

区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容
	介護給付費		訓練等給付費		
訪問系・その他	☐ 居宅介護		☐ 就労定着支援		利用（予定）事業所
	☐ 重度訪問介護		☐ 自立生活援助		
	☐ 同行援護				
	☐ 行動援護				
	☐ 短期入所				
	☐ 重度障害者等包括支援				
日中活動系	☐ 療養介護		☐ 自立訓練（機能訓練）		市受付印
	保険証の 記号・番号		☐ 自立訓練（生活訓練）		
			☐ 宿泊型自立訓練		
	保険者名・ 番号		☐ 就労移行支援		
			☐ 就労移行支援（養成施設）		
	☐ 生活介護		☐ 就労継続支援（A型）	障害基礎年金 1級受給 ☐ 有 ☐ 無	
		☐ 就労継続支援（B型）			
居住系	☐ 施設入所支援		☐ 共同生活援助（グループホーム）		市受付印
地域相談支援	☐ 地域移行支援				
	☐ 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は必要があるときは、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、能代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等の関係人に提供することに同意します。

申請者氏名

(裏)

主治医	障害支援区分の認定を要する支給申請（※）を行う場合は、主治医に医師意見書の作成を依頼します。 （※） ☐ 介護給付のサービスを利用したい ☐ 共同生活援助（グループホーム）で介護サービスを利用したい ☐ 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。）に入院していて、地域移行支援のサービスを利用したい		
	主治医の氏名		医療機関名
	所在地	〒 - 電話番号	

認定調査	連絡先		☐ 申請者と同じ ☐ その他（氏名： 電話番号： ）	
	希望があれば記入してください。	場 所	☐ 自宅 ☐ とらいあんぐる ☐ その他（ ）	
		曜 日	☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土	
		時 間	☐ 午前 時 ☐ 午後 時 ※調査には、おおむね1時間かかります。	
その他連絡事項				

申請する減免の種類	該当する項目に☑してください。		
	対象者全員	☐ 1 負担上限月額に関する認定について、下記の区分の適用を申請します。 ☐ 生活保護受給世帯 ☐ 市民税非課税世帯（※）に属する者 ※【療養介護】を利用する場合は、下記①②どちらかあてはまる方に☑してください。 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 ☐ ①80万円以下 ☐ ②80万円を超える ☐ 市民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
		療養介護	☐ 2 医療型個別減免に関する認定について、下記に該当するため申請します。 ☐ 20歳未満 ☐ 20歳以上で、市民税非課税世帯の者
		施設入所支援	☐ 3 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（食費等軽減措置）について、下記に該当するため申請します。 ☐ 20歳未満 ☐ 20歳以上で、生活保護受給世帯または市民税非課税世帯の者
		共同生活援助	☐ 4 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）について、下記に該当するため申請します。 ☐ 生活保護受給世帯または市民税非課税世帯
			☐ 5 生活保護への移行予防措置に関する認定について、 （ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 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」が必要となります。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（以下についてもご記入ください）		
フリガナ		申請者との続柄	
氏 名			
住 所	〒 - 電話番号		