

(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各相談記録簿 各除算申請書

尾道市長様

利用者(児童が利用の場合は保護者)氏名、個人番号(マイナンバー)、
生年月日、住所、電話番号を記入

次のとおり申請します。

申請年月日 **年**月**日

申請者	フリガナ	オノノ タロウ		生年月日	〇〇年 〇月〇〇日
	氏名	尾道 太郎 個人番号: *****			
	居住地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 尾道市〇〇町〇〇〇〇番地		電話番号	0848-**-****
	フリガナ	児童の氏名、個人番号(マイナンバー)、生年月日、続柄を記入 ※児童が利用する場合のみ記入			
	支給申請に係る児童氏名	個人番号:			
	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	疾病名	
	被保険者証の記号及び番号	保険者名及び番号(※)			
	障害基礎年金1級の受給	のサービスを申請する者に限る。) 有・無			有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

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	<input checked="" type="radio"/> 有・無	区分等	1 2 ③ 4 5 6	有効期間	〇〇年〇月〇〇日
		利用中のサービスの種類と内容等	例) 短期入所〇日/月、生活介護 原則日数				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支	障害支援区分の有無を〇 有の場合現在の区分に〇、有効期間記入	
		現在利用中の障害福祉サービスを記入					

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	例) 短期入所 〇日/月 生活介護 原則日数 など
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援護		
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	ご利用するサービスの予定を記入
		<input checked="" type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
			移行支援(養成施設)	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	
地域相談支援	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 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、受給者証の内容、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、尾道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。

利用者(児童の場合は保護者)氏名を記入

申請者氏名 尾道 太郎

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇先生	医療機関名	△△病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 尾道市**町***番地		
				電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活費）を申請する場合に記入するものであって、入浴、排せつ、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（障害支援区分の手続きが必要な場合は、主治医と医療機関名を記入し、市役所から病院に対して意見書を依頼します）又は地域移行支援（精神科病院（精神科）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

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 次の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○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の当てはまる方にも○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 ①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 次のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 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	〈20歳未満の方〉 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） 次のいずれにも当てはまるため、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 歳） 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 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当てはまるため、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（ 白川負担減免世帯 補足給付の特例世帯 ）に関する認定 生活保護への移行予防措置 ※ 福祉事務所が発行する		

表面で記入した申請者以外が、申請書を提出する場合は、本人以外に☑し、名前、申請者との関係等を記入

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者	（下の欄に記入）	
氏名	△△ △△	申請者との関係	□□
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 尾道市〇〇町〇〇〇〇番地		
電話番号 0848-**-****			