

（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

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	オミチ 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					
支給申請に係る児童氏名		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			
身体障害者手帳番号	第*****号	療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
加入医療保険の記号及び		手帳があれば手帳番号を記入		保険者名及び番号（※）	
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援（B型）のサービス申請する者に限る。）					有 ・ 無

※「加入医療保険の記号及び番号」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	有 ・ 無	区分等	1 2 ③ 4 5 6	有効期間	〇〇年〇月〇〇日
	介護保険サービス	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要		
	現在利用中の障害福祉サービスを記入						

障害支援区分の有無を○

有の場合現在の区分に○、有効期間記入

申請するサービス	訪問系・その他	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	
		□居宅介護	□就労定着支援	
		□重度訪問介護	□自立生活援助	
		□同行援護		
		□行動援護		
	日中活動系	□短期入所		ご利用するサービスの予定を記入
		□重度障害者等包括支援		
		□療養介護	□自立訓練（機能訓練）	
		□生活介護	□自立訓練（生活訓練）	
居住系	□宿泊型自立訓練			
	□就労移行支援			
	□就労移行支援（養成施設）			
	□就労継続支援（A型）			
地域相談支援	□就労継続支援（B型）			
	□施設入所支援	□共同生活援助（グループホーム）		
地域相談支援	□地域移行支援			
	□地域定着支援			

申請するサービスの□に✓を記入

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、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

(裏面)

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（共同生活介護）を受けることを希望する場合及び日（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	☐ 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		
	☐ 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)	
	☐ 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)	
	☐ 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。		
	☐ 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 生活保護への移行を希望する場合は、本人以外に□し、申請します。 ※ 福祉事務所が申請する場合は、本人以外に□し、申請します。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☒ 申請者本人以外(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-**-****			