

(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

三郷市長 あて

次のとおり申請します。

記入例

※裏面もあわせてご記入ください

		申請年月日		年	月	日				
申請者	フリガナ	ミサト タロウ		個人番号						
	氏 名	三郷 太郎		生年月日	昭和 40 年 5 月 6 日					
	居 住 地	〒 341-8501埼玉県三郷市花和田 648-1							電話番号 048-953-1111	
フリガナ		※18 歳未満の児童が福祉サービスを受ける場合、 児童の氏名・生年月日等をご記入ください。				年				
支給申請に係る 児 童 氏 名										
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号	埼玉県 第〇〇〇〇号	精神障害者保健 福祉手帳番号						
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）										

※各障害者手帳を
お持ちの場合、ご記入く
ださい。難病等対象者の
かたは疾病名をご記入
ください。

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4	有効 期間	令和 7 年 12 月 31 日
		利用中のサービスの種類と内容等 生活介護 施設入所				
	介護保険 サ ー ビ ス	要介護認定		要介護度		
		利用中のサービスの種類と内容等				

※現在ご利用中の、支援区分・サービス内容等をご
記入ください。

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	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	※申請するサービスに、✓をつけてください。	
		☐ 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・就労系 日中活動系	☐ 短 期 入 所	☐ 自		
		☐ 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）			
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型			
		☐ 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）			
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
調査・概況調査の内容、
意見書の全部又は一部を
支援施設又は指定一般相談支援事業所の関係者に提示することへ同意します。

申請者氏名に、サービスを受ける方の氏名を記入ください。

※サービスを受ける方が 18 歳未満の場合は、保護者氏名をご記入ください。

申請者氏名 三郷 太郎

主治医 (※)	主治医の氏名	埼玉 次郎	医療機関名	埼玉みさと病院
	所在地	〒341-0000 埼玉県三郷市〇〇〇-1 電話番号048-〇〇〇-〇〇〇〇		

(※) 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。

申請する 減免の 種類	☐ 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） 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯（ ※ 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80万9千円以下のもの ②①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	(※)にあてはまる方は、主治医の欄も忘れずにご記入ください。 ●主治医がない場合 三郷市指定の協力医に意見書を記入いただく場合がありますので、事前に障がい福祉係までご相談ください。	
	☐ 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〉 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） 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〉 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あてはまるため、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			
いずれ	申請者のかたが提出する場合「申請者本人」に✓をしてください。提出者が本人以外の場合は「申請者本人以外」に✓をつけ、氏名・住所・関係・連絡先をご記入ください。		

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	三郷 花子	申請者との関係	妻
住所	〒341-〇〇〇〇 埼玉県三郷市花和田〇〇-1 電話番号048-〇〇〇-〇〇〇〇		