

【記入例】

様式第1号(第2条関係)

(表面)

(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。

※申請者欄は、氏名・フリガナ・個人番号(マイナンバー)・
生年月日・住所・電話番号を記入ください。

申請年月日 年 月 日

Application form grid containing applicant details: Name (三郷 太郎), Address (埼玉県三郷市花和田648-1), Telephone (048-953-1111), and insurance information.

※「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。

Form section for service utilization status, including disability support area recognition (有・無) and insurance details.

Main application grid for service types: Home care, day activities, and regional consultation support, with checkboxes for various services.

サービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要
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
を、三郷市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意
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。裏面の記入もお願いします。

申請者氏名

三郷 太郎

調
部

【記入例】

(裏面)

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●●●-1-1 電話番号 048-9●●-11●●		

(※) 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

(※)にあてはまる方は、主治医の欄も必ずご記入ください。  
●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。

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 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。い)	
	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 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)
	<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) 下記のいずれもあてはまるため、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)	
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入所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。		
<input type="checkbox"/> 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 生活保護への移行予防措置(□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申請書		

※申請書提出者欄は、この用紙を提出いただいた方の氏名・住所・電話番号を記入ください。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 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-●●●● 埼玉県三郷市花和田●●●-●●		
		電話番号	090-●●●●-●●●●