

記入例

裏面あり

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

鳥取市長 様
次のとおり申請します。

申請日
年 月 日

申請者本人の氏名等を記入してください。

申請者 (保護者)	フリガナ	トットリ タロウ		生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日
	氏名	鳥取 太郎		個人番号	1234 5678 9012
	居住地	〒●●●●-●●●● 鳥取市●●●●町●●●●番地●●		電話番号	●●●●-●●-●●●●

障害者手帳の番号を記入してください。

以下の①～③に該当する場合はその内容を記入してください。

- ①障害支援区分の認定を受けている場合
- ②障がい福祉サービスを利用している場合
- ②介護保険サービスを利用している場合

フリガナ			年 月 日
支給申請に係る 児童氏名	個人番号	続柄	
身体障害者 手帳番号	鳥取市●●	療育手帳 番号	精神障害者保健 福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び	
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に)			

※「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・ <input type="radio"/> 無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間	R●.●.●～ R●.●.●
	介護保険 サービス	要介護認定	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	要介護度	要支援()・要介護 1 2 3 4 5	利用中のサービスの種類と内容等	

該当のサービスに
チェック☑してください。

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		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<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 type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input 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	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
			<input type="checkbox"/> 共同生活援助	
地域相談支援		<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、市町村審査会の全部又は一部を、鳥取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、指定障害福祉サービス事業者の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。

申請者(保護者)氏名 鳥取 太郎

申請者本人の氏名を記入してください。

(裏面)

主治医 (※)	主治医の氏名	山田 太郎	医療機関名	●●●病院
	所在地	鳥取市●●●町●●●番地 電話番号 ●●●●●-●●●●●●		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。) 又は地域移行支援(のを含む。)に入院している者に限る。)

この欄への記載は「障害支援区分」の認定を受けるために必要です。

障害支援区分がない方(又は有効期限が切れる方)で、以下の①～③のサービスを申請する場合は、主治医の氏名等を記入してください。

- ① 介護給付費(居宅介護、生活介護、施設入所支援など)
※表面の「申請するサービス欄」を参照ください。
- ② 共同生活援助(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に限ります。)
- ③ 地域移行支援

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)	
	1 生活保護受給世帯 2 市民税非課税世帯(※)に ※療養介護を利用する場合 (1) 利用者本人の合計所得金額 (2) (1)以外のもの 3 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	
	<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(軽減措置)に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、施設入所減免を申請します。 (注) 対(入所施設の食費等)	
<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助(グループホーム)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証明書が必要となります。		

※この欄の記入は不要です。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

どちらかにチェック☑してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者) <input type="checkbox"/> 申請者(保護者)以外(下の欄に記入)
フリガナ	申請者(保護者)
氏名	「フリガナ・氏名・住所」欄は、申請者本人
住所	が提出される場合は記入不要です。