

記入例

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

裏面あり

鳥取市長
次のとおり

申請者本人の氏名等を記入してください。

申請日

令和●●年●●月●●日

フリガナ	トットリ タロウ
氏名	鳥取 太郎 和●●年●●月●●日
個人番号	個人番号: 1234 5678 9012
居住地	〒●●●●-●●●● 鳥取市●●●●町●●●●番地●●●● 電話番号 ●●●●-●●●●-●●●●

氏名の下に「個人番号」を記入してください。

個人番号: 1234 5678 9012

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(%)		保険者名及び保険者番号		サービスを申請する者	

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
③介護保険サービスを利用している場合

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		

受給者証シール等の希望送付先にチェック☑してください。

申請するサービス	区分	サービスの種類	
	訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費
日中活動系		<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	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)
居住系		<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
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型
地域相談支援		<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助
		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援	

◆受給者証シール等送付先

いずれかに☑してください

事業所

自宅(住民票上の住所)

その他()

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・概況調査の結果、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査の結果、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提供事業者等にサービスを利用しているサービスにチェック☑してください。

申請者本人の氏名を記入してください。

申請者(保護者)氏名 鳥取 太郎

(裏面)

「障害支援区分」の更新が必要な場合は記入してください。

主治医 (※)	主治医の氏名	●● ●● 先生	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（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	<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。いずれにもあ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)のあてはまるものに○をつける。 (1) 利用者本人の合計所得金額及び障害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 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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。		

いずれも、事実関係を

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