



|           |                              |                              |      |                      |    |        |     |    |  |      |  |
|-----------|------------------------------|------------------------------|------|----------------------|----|--------|-----|----|--|------|--|
| サービス利用の状況 | 障害福祉サービス(者)                  | 障害支援区分の認定                    | 有・無  | 区分 1 2 3 4 5 6 非該当   |    |        |     |    |  | 有効期間 |  |
|           |                              | 利用中のサービスの種類と内容等              |      |                      |    |        |     |    |  |      |  |
|           | 障害児通所・入所支援(児)                | 利用中のサービスの種類と内容等<br>(受給者証番号 ) |      |                      |    |        |     |    |  |      |  |
|           | 同一世帯内の上記サービス利用者氏名及び受給者番号     | 氏名                           |      | 者・児                  | 氏名 |        | 者・児 | 氏名 |  | 者・児  |  |
|           |                              | 受給者証番号                       |      | 受給者証番号               |    | 受給者証番号 |     |    |  |      |  |
| 介護保険サービス  | 要介護認定                        | 有・無                          | 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<br>(被保険者番号 ) |                              |      |                      |    |        |     |    |  |      |  |

|               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|---------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (変更)申請する減免の種類 | 所得区分認定  | <input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○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。)<br>(1) 生活保護世帯 又は 中国残留邦人等に対する支援給付受給世帯<br>(2) 市町村民税非課税世帯<注1><br>(3) 市町村民税課税世帯に属する方のうち、世帯の市町村民税所得割額の合計額が16万円<注2>未満で、かつ以下に当てはまるもの<br>・在宅において生活する方又は20歳未満の施設入所者           |  |
|               | 特定障害給付費 | <input type="checkbox"/> 2 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定<入所施設の食費軽減措置><br>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。<br>(20歳以上の方)<br>(1) 施設入所者<注3>であること(年齢 才)<br>(2) 市町村民税非課税世帯の方又は生活保護受給世帯の者<br>(20歳未満の方)<br>(1) 施設入所者<注3>であること(年齢 才)                                                      |  |
|               |         | <input type="checkbox"/> 3 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><br>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。                                                                                                                                                  |  |
|               | 医療型個別減免 | <input type="checkbox"/> 4 医療型個別減免に関する認定<br>下記の①または②にあてはまるため、個別減免を申請します。<br>・市町村民税非課税世帯の方のうち、療養介護を受けているものであって<br>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<br>② ①以外のもの<br>(20歳以上の方)<br>(1) 療養介護利用者であること(年令 才)<br>(2) 市町村民税非課税世帯の者<br>(20歳未満の方)<br>(1) 療養介護利用者であること(年令 才) |  |
|               |         | <input type="checkbox"/> 5 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<br>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。<br>※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。                                                                                                                            |  |

|         |            |    |                                                                                           |  |        |                                                          |
|---------|------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|----------------------------------------------------------|
| 世帯状況申告欄 | 申請者の状況     |    | <input type="checkbox"/> 居宅で生活する18歳以上の方又は20歳以上の施設入所者<br><input type="checkbox"/> 上記以外(児童) |  |        |                                                          |
|         | 世帯員(申請者以外) | 氏名 | 生年月日                                                                                      |  | 本人との関係 | 市町村民税の状況                                                 |
|         |            | 1  |                                                                                           |  |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
|         |            | 2  |                                                                                           |  |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
|         |            | 3  |                                                                                           |  |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
|         |            | 4  |                                                                                           |  |        | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |

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。

<注1>18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、住民票に記載された世帯ではなく、「障害のある方本人及び同一の世帯に属する配偶者」です。  
<注2>18歳未満(入所施設利用者は20歳未満)の場合は28万円  
<注3>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)

|        |                                                                         |         |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) |         |  |
| 氏名     |                                                                         | 申請者との関係 |  |
| 住所     | 〒 電話番号                                                                  |         |  |



※ 申請手続、受給者証の受領(即日、窓口にて交付できる場合に限りです。)を頼まれた場合は、委任状を添付するか、下欄へ頼んだ人の住所、氏名の記入が必要です。また委任する内容を○で囲んでください。

|      |                                          |    |  |
|------|------------------------------------------|----|--|
| 委任内容 | 私は、上記「申請書提出者」に上記の 申請手続 ・ 受給者証の受領 を委任します。 |    |  |
| 氏名   | (署名又は記名押印)                               | 住所 |  |