

障害福祉サービス等に関する(新規・更新・変更)申請書

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費 計画相談支援給付費 地域相談支援給付費)
支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

(あて先)広島市長様
次のとおり申請します。

<枠内をご記入ください。>

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---|----------------------|-----|----------------|---------------------|-----------|---|---|-------|
| | | 受給者証番号 | 002 | | | | | | | |
| | | 申請年月日 | 令和 | 年 | 月 日 | | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | | | フリガナ | 続柄 | | | | |
| | 氏名 | 個人番号: | | | 申請にかかる児童氏名 | 個人番号: | | | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日(歳) | 児童 生年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日(歳) |
| | 居住地 | 〒 - | | | | 電話番号()※日中に連絡が取れる番号 | | | | |
| 対象種別 | 手帳の種類 | 身体・療育・精神 | 手帳番号・等級 | | | 有効期限(定めのある場合) | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | その他(受給者証、主治医意見書等) | 自立支援医療費受給者証(精神通院)(有効期限:R . .) / 主治医意見書(作成日:R . .) その他() | | | | | | | | |
| 健康保険情報(療養介護を申請する場合のみ) | | 被保険者証の記号及び番号 | | | | 保険者名及び保険者番号 | | | | |
| サービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分 | 認定 | 有・無 | 区分 1 2 3 4 5 6 | | | | | |
| | | 有効期間 | 令和 年 月 ~ 令和 年 月(か月) | | | | | | | |
| | 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | | | |
| | 利用中の事業所名等 | | | | | | | | | |
| 介護保険(※) | 被保険者 | 第1号・第2号 | | | 総合事業 | 有・無 | | | | |
| | 要介護認定 | 認定 | 有・無 | 要支援 | 1 2 | 要介護 | 1 2 3 4 5 | | | |
| | | 有効期間 | 令和 年 月 ~ 令和 年 月(か月) | | | | | | | |

※介護保険利用中の方はケアプラン等の提出が必要です。(障害福祉サービス固有のサービスのみを利用される場合を除く。)

<該当する項目にチェック(☑)、記入してください。>

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| 更新時のみ | <input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスを継続して利用したい。 | ※こちらにチェックされた場合、表面の以下の項目はチェック・記入不要です。 |
| 介護給付費 | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 身体介護 | <input type="checkbox"/> 家事援助 |
| <input type="checkbox"/> 行動援護 | <input type="checkbox"/> 同行援護 | <input type="checkbox"/> 短期入所(<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 医療型短期入所) |
| <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | <input type="checkbox"/> 療養介護 | <input type="checkbox"/> 生活介護 |
| <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | |
| 訓練等給付費 | | |
| <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) | <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(養成型) | <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) |
| <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | <input type="checkbox"/> 就労選択支援 |
| <input type="checkbox"/> 共同生活援助 | <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 | (<input type="checkbox"/> 介護を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) |
| <input type="checkbox"/> 体験利用 | <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 | (<input type="checkbox"/> 受託居宅サービスの利用を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) |
| | <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 | (<input type="checkbox"/> 介護を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) |
| 計画相談支援給付費 | | |
| <input type="checkbox"/> 計画相談支援給付費 | (利用事業所名) | |
| 地域相談支援給付費 | | |
| <input type="checkbox"/> 地域移行支援 | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | |
| 変更理由・内容(変更申請時のみ) | | |
| 点字による通知 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |

<申請者ご本人以外の方が申請書を提出する場合は以下の欄を記入してください。>

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|---|--|--|---------|---------|--|--|--|
| 提出者 | 氏名 | | | | 申請者との関係 | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | | | 電話番号() | | | |

(裏面も記入してください。)

① 月額負担上限額

利用者負担上限月額に関する認定を受けることを申請します。 ※この申請をもって、利用者負担上限月額に関する<認定区分>認定を受けることに同意したとみなします。

①生活保護世帯に属する方
 ②市民税が非課税の世帯(※1)で、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(療養介護は80万9千円)以下の方
 ③市民税が非課税の世帯(※1)で、②以外の方
 ④市民税が課税されている世帯(※1)で、下記のいずれかに当てはまる方
 ア 在宅でサービスを利用する方(※2①)で、世帯の市民税所得割額(※3)が16万円(障害児にあっては28万円)未満
 イ 20歳未満の施設入所者(※2②)に該当し、世帯の市民税所得割額(※3)が28万円未満

- ※1 市民税の課税又は非課税を判定する世帯の範囲は、障害者(20歳未満の施設入所者を除く。)の場合は当該障害者及び配偶者とし、その他の場合は、当該障害者の保護者が属する世帯とします。
- ※2 次のサービスを申請される方が対象となります。
 ① 居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、短期入所、重度障害者等包括支援、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助
 ただし、これらのサービスと同時に、施設入所支援(20歳以上に限る。)、共同生活援助、宿泊型自立訓練を申請する方を除きます。
 ② 療養介護、施設入所支援(20歳未満に限る。)
- ※3 「市民税所得割額」は、「住宅借入金等特別税額控除」による税額控除前の額であって、かつ「従前の年少者扶養親族等に対する扶養控除」による税額控除後の額とします。

<該当する項目にチェック(☑)、記入してください。>

② 申請する減免の種類

1 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。
 ① 療養介護利用者
 ② 市民税が非課税(18歳・19歳を除く)

【入所施設の食費等軽減措置・グループホームの家賃軽減措置】

2 下記のいずれかに当てはまるため、特定障害者特別給付費(補足給付)を申請します。
 ① 20歳以上の施設(※1)入所者で、生活保護又は市民税が非課税
 ② 20歳未満の施設(※1)入所者
 ③ 共同生活援助(グループホーム)の入居者で、生活保護又は市民税が非課税

3 生活保護への移行予防措置(口定率負担減免措置 □特例補足給付)(の変更)を申請します。

※1 「施設」とは、介護給付費の対象となる入所施設。

<住民票上の世帯員及び生計同一の世帯員についてご記入ください。>

| | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 利用する児童との関係 | 障害福祉サービス利用の有無 | 税法上の扶養親族 | | | 令和 年 1月1日の居住地 | 市民税額(年度) ※記入は不要です。 |
|--------------------|-------|-----------|----|------------|---------------|---|---------|--------------------------|---------------|----------------------------------|
| | | | | | | ※ 市民税課税世帯の方であって、世帯に19歳未満の方を扶養している方がいる場合のみ記入して下さい。 | 税法上の扶養者 | 税法上の被扶養者 | | |
| 住民票上の世帯員及び生計同一の世帯員 | 個人番号: | 昭・平 年 月 日 | 歳 | | 有・無 | <input type="checkbox"/> | 税法上の扶養者 | <input type="checkbox"/> | 税法上の被扶養者 | 広島市・市・区・町・村 □所得割(円) □均等割のみ |
| | 個人番号: | 昭・平 年 月 日 | 歳 | | 有・無 | <input type="checkbox"/> | 税法上の扶養者 | <input type="checkbox"/> | 税法上の被扶養者 | 広島市・市・区・町・村 □所得割(円) □均等割のみ |
| | 個人番号: | 昭・平 年 月 日 | 歳 | | 有・無 | <input type="checkbox"/> | 税法上の扶養者 | <input type="checkbox"/> | 税法上の被扶養者 | 広島市・市・区・町・村 □所得割(円) □均等割のみ |
| | 個人番号: | 昭・平 年 月 日 | 歳 | | 有・無 | <input type="checkbox"/> | 税法上の扶養者 | <input type="checkbox"/> | 税法上の被扶養者 | 広島市・市・区・町・村 □所得割(円) □均等割のみ |
| | 個人番号: | 昭・平 年 月 日 | 歳 | | 有・無 | <input type="checkbox"/> | 税法上の扶養者 | <input type="checkbox"/> | 税法上の被扶養者 | 広島市・市・区・町・村 □所得割(円) □均等割のみ |
| | 個人番号: | 昭・平 年 月 日 | 歳 | | 有・無 | <input type="checkbox"/> | 税法上の扶養者 | <input type="checkbox"/> | 税法上の被扶養者 | 広島市・市・区・町・村 □所得割(円) □均等割のみ |

<障害支援区分の認定を申請される場合のみご記入ください。>

| | | | | |
|-----|--------|-----|-------|---------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 - | | 電話番号() |

① サービスの利用意向を聴取するために必要なときは、聴き取る事業者(※)に申請書の記載内容、認定調査結果、概況調査結果、医師意見書、障害支援区分認定結果及び現在のサービス受給状況を提供することに同意しますか。 はい いいえ

② 医師意見書を記載した医師に、障害支援区分認定結果を通知することに同意しますか。 はい いいえ

③ サービス等利用計画を作成するために必要なときは、作成する事業者(※)に認定調査結果、概況調査結果、医師意見書、障害支援区分認定結果及びサービス利用意向の聴取結果を提供することに同意しますか。 はい いいえ

※職員記入欄

| | | | |
|------|--|-------|---------------------|
| 本人確認 | 手帳(身・療・精神)・免許・旅券・個力・住力・在力・保・被保 介護・年金・社証・学証・その他() | 代理権確認 | 戸籍・登記・委任状 その他() |
|------|--|-------|---------------------|