

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。

申請者情報 (フリガナ、氏名、生年月日、居住地)、対象種別 (手帳の種類、その他)、健康保険情報、サービス利用の状況 (障害福祉サービス、介護保険) に関する詳細記入欄。

\*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(☑)、申請するサービスにチェック☑してください。>

申請するサービスの種類等 (介護給付費、訓練等給付費、計画相談支援給付費、地域相談支援給付費) のチェック項目一覧。

<申請者ご本人以外の方が申請書提出の際に提出者として記入してください。>

提出者情報 (氏名、居住地、電話番号) の記入欄。

(裏面も記入してください。)

(R7.7.1改)

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>

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  
 ⑤市民税が課税されている世帯(※1)で、④以外の方

※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)

2 申請する減免等の種類をチェック☑してください。特別給付費(補足給付)を申請します。は市民税が非課税

【入所施設の食費等(障害者グループホームの家賃軽減措置)】  
 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(□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	本人との関係	障害福祉サービス利用の有無	税法上の扶養親族			令和〇年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		
市役所 太郎 個人番号:123456789012	昭平令 40年1月1日	〇歳	夫	有・無	<input checked="" 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
市役所 花子 個人番号:123456789013	昭平令 50年4月5日	〇歳	本人	有・無	<input type="checkbox"/>	税法上の扶養者	<input checked="" 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:	・申請者が18歳以上の場合は、本人、配偶者及び扶養親族について記入して下さい。 ・申請者が18歳未満の場合は、住民票上、同一の世帯に属する方全員(本人を含む)を記入して下さい。 ・課税世帯であって、19歳未満の扶養親族がいる場合は「税法上の扶養者」または「税法上の被扶養者」のどちらかにチェックして下さい。				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:	昭平令 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:	昭平令 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 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

主治医意見書を記載していただく主治医の氏名、医療機関、住所等を記入してください。  
 ・18歳以上で、区分認定が必要なサービス(例:生活介護)を申請する場合、申請時点で区分認定を受けていない場合のみ記載してください。(更新時必要です。)

① サービスの利用意向を概況調査結果、医師意見書から確認する。調査結果、同意します  はい  いいえ

② 医師意見書を記載した。同意をいただけない場合は、その都度聞き取りを行うこととなりますので、ご協力をお願いします。調査結果、医師  はい  いいえ

③ サービス等利用計画を意見書、障害支援区分  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( )
------	---	-------	---------------------