

## 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。

サービスを利用する本人(18歳未満の場合は主に生計を維持する保護者)の氏名等を記入してください。		者証番号	0020999999	
申請年月日		令和 〇年 〇月 〇日		
申請者	フリガナ	マクショ ハナコ		フリガナ
	氏名	市役所 花子		申請にかかる児童氏名
	生年月日	昭和 50年 4月 5日(〇歳)		児童生年月日
	居住地	〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号		
対象種別	手帳の種類	身体・療育・精神	手帳番号・等級	123456 ・ 〇級
	有効期限(定めのある場合)	令和 年 月 日		
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 〇年 〇月 ~ 令和 〇年 〇月( 〇〇か月)	
		利用中のサービスの種類と内容	身体介護 25時間/月、短期入所 7日/月	
		利用中の事業所名等	〇〇〇	
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 〇年 〇月 ~ 令和 〇年 〇月( 〇〇か月)		

※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。)

&lt;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。&gt;

更新時のみ	<input type="checkbox"/> 現在利用中	※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。
申請するサービスの種類等	介護給付費	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 身体介護
	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 同行援護
	<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)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成型)
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助
	<input type="checkbox"/> 共同生活介護	<input type="checkbox"/> サービス等利用計画案の作成を相談支援事業所に依頼される場合はチェック☑してください。
	<input type="checkbox"/> 体験型生活介護	<input type="checkbox"/> サービス等利用計画案の作成を相談支援事業所に依頼される場合はチェック☑してください。
	計画相談支援給付費	
地域相談支援給付費		
地域移行支援		
地域定着支援		
変更理由・内容(変更申請時のみ)	本人以外の方が代理・代行で提出される場合は記入してください。電話番号は、平日の日中に繋がる番号を記入してください。	
点字による通知	<input type="checkbox"/> 希望する	

&lt;申請者ご本人以外の方が申請する場合は、提出者の氏名・住所等を記入してください。&gt;

提出者	氏名	市役所 太郎	申請者との関係	夫
	居住地	〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6-34		
		電話番号( 082-504-2837 )		

(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> 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 エ 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	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 2 申請する減免等の種類をチェック☑してください。 【入所施設の食費等(グループホームの家賃軽減措置)】 特別給付費(補足給付)を申請します。 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
	<input type="checkbox"/> 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 ※ 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。			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。		
						有・無	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	市役所 太郎 個人番号: 123456789012	昭・平 令 40年 1月 1日	〇 歳	夫	有・無	☑	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 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:							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:							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:							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		

① サービスの利用意向を 況調査結果、医師意見 か。	市がサービスの支給決定を行う際、また、利用者の方が特定指定相談支援 事業者等にサービス等利用計画を作成してもらうときに、必要な情報を提供す ることに同意する場合は、チェック☑してください。	調査結果、概 要を記入します	☑ はい <input type="checkbox"/> 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になりますので、 ご協力をお願いします。	結果、医師	☑ はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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( )
------	--	-------	---------------------