

(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 食上般低生児介訓

葛飾区長 あて 次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者情報表: フリガナ, 氏名, 生年月日, 個人番号, 居住地, 電話番号, 支給申請に係る児童氏名, 個人番号, 続柄, 身体障害者手帳番号, 療育手帳(愛の手帳)番号, 精神障害者保健福祉手帳番号, 疾病名, 被保険者証の記号及び番号(※), 保険者名及び番号(※), 障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用状況表: サービス利用の状況, 障害福祉関係サービス, 介護保険サービス, 障害支援区分の認定, 有・無, 区分等 1 2 3 4 5 6, 有効期間, 利用中のサービスの種類と内容等, 要介護認定, 有・無, 要介護度, 要支援 () ・要介護 1 2 3 4 5, 重度脳性麻痺介護人派遣制度(有・無)

申請するサービス表: 区分, サービスの種類, 申請に係る具体的内容, 訪問系・その他, 日中活動系, 居住系, 地域相談支援, 相談, 介護給付費, 訓練等給付費, 就労定着支援, 自立生活援助, 療養介護, 生活介護, 自立訓練(機能訓練), 自立訓練(生活訓練), 宿泊型自立訓練, 就労移行支援, 就労移行支援(養成施設), 就労継続支援A型, 就労継続支援B型, 施設入所支援, 共同生活援助(グループホーム)※, 地域移行支援, 地域定着支援, 相談支援事業, *事業所()

※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、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か否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載する。

主治医(※)情報表: 主治医氏名, 医療機関名, 所在地, 次回通院予定 月 日, 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。いずれにも当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. 区市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 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80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 区市町村民税課税世帯(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 ※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「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。以下同じ。	
	<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(年令 才) 2. 区市町村民税非課税世帯者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	<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(年令 才) 2. 区市町村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(年令 才)
	<input type="checkbox"/> IV 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) 区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。	
<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(□自己負担減免措置 □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、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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		

同意書

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・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、区市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、葛飾区から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

また、介護保険サービス(介護扶助を含む)と障害福祉サービスの調整のため、関係各課に障害支援区分、支給期間及び支給決定内容を提示することに同意します。

申請者氏名

番号確認	1 個人番号カード	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート	委任確認	1 委任状	担当
	2 通知カード		4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳		2 戸籍謄本	
	3 住民票の写し		6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他()		3 住基確認	
	4 住民基本台帳の確認					
	5 その他()					

利用される方の氏名・個人番号・生年月日・住所・電話番号を記入してください。

葛飾区
次の

申請者	フリガナ 氏名	生年月日		年	月	日
	個人番号					
申請者	居住地	〒		電話番号		
	フリガナ	生年月日		年	月	日
支給申請に係る 児童氏名	個人番号	続柄				
	身体障害者 手帳番号	療育手帳(愛 の手帳)番号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名		
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)						有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、障害介護を申請する場合記入する。なし

障害支援区分の有無、区分、有効期間、利用中のサービス内容、施設利用の場合は、施設名を記入してください。

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	利用	月	日	遺制度(有・無)
	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					

要介護認定の有無、要介護度、利用中のサービス内容をご記入ください。

申請するサービスに☑してください。

申請する サービス	区分					
	訪問系・ その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援			
		<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				
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練)			
		<input 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)				
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型				
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型				
		<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) ※				
地域 相談 支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					
相談	<input type="checkbox"/> 相談支援事業	*事業所 ()				

※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、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か否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載する。

主治医の氏名、医療機関、所在地、通院予定日をご記入ください。

主治医あての区から意見書の記入用紙を送付します。

主治医 (※)	主治医 氏名	〒		次回通院予定	日	日
	所在地					

(※)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。

I 負担上限月額に関する認定

(チェック)してください。
1・2・3のいずれかに○をしてください。

- の区
 (あてはまるもの)
 1. 生活保護受給者
 2. 区市町村税非課税世帯
 ※療養
 ① 利用日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80万円以下のもの
 ② ①以外のもの
 3. 区市町村民税課税世帯(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
 ※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「障害のある方及び同一の世帯に属する者」に限ります。

療養介護を利用されている方は☑してください。

〈20歳以上の方〉

- 療養介護利用者であること(年令 才)
- 区市町村民税非課税世帯者

〈20歳未満の方〉

- 療養介護利用者であること(年令 才)

施設入所をされている方は☑してください。

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〉

- 施設入所者であること(年令 才)
- 区市町村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〉

- 施設入所者であること(年令 才)

IV グループホーム(入居者に対する特定障害者特別給付費(特別給付)に関する認定(定額軽減措置))

グループホームを利用されている方は☑してください。

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(自己負担減免措置 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、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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	申請書を実際に提出した方の氏名等をご記入ください。
住所	〒 _____ 電話番号 _____

同音書

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するための内容、サービス利用意向聴取の内容、区市町村審査会(葛飾区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責任者に提示することに同意します。

内容をご確認のうえ、申請者氏名をご記入ください。

また、介護保険サービス(介護扶助を含む)と障害福祉サービス(障害者生活支援計画に障害者支援計画、支給期間及び支給決定内容を提示することに同意します。

申請者氏名 _____

番号確認	1 個人番号カード	身元確認	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 パスポート	委任確認	1 委任状	担当
	2 通知カード		4 身体障害者手帳 5 精神保健福祉手帳		2 戸籍謄本	
	3 住民票の写し		6 愛の手帳 7 在留カード 8 その他()		3 住基確認	
	4 住民基本台帳の確認					
	5 その他()					