

(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 地域生活支援事業)

支給 申請書 兼利用者負担額減額・免除等 申請書  
変更申請書 変更申請書

三木町長 殿

申請年月日 平成 年 月 日

次のとおり申請します。

なおこの申請につき町長が私または私の世帯員の税務関係情報の調査を行うこと及び税務関係課長が回答することに同意します。( 同意する ・ 同意しない )

また、サービス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、障害程度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、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、三木町から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。( 同意する ・ 同意しない )

同意しない旨の別段の申し出がない場合は、同意したものと扱います。

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名	印		昭和 平成	
申請者	居住地	〒 香川県木田郡三木町大字			電話番号
	フリガナ		生年月日	昭和 平成	
支給申請に係る障害児氏名			続柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
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( )			保険者名及び番号( )		

「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。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害程度区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
	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				

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容	
		介護給付費	訓練等給付費		
訪問系・その他	居宅介護	/	/	希望時間	現在
	重度訪問介護			家事援助 時間/月	
	行動援護			身体介助 時間/月	
	児童デイサービス			通院介助 (身体介護 あり・なし) 時間/月	
	短期入所			児童デイサービス 日/月	
	重度障害者等包括支援			短期入所 日/月	
	地域生活支援事業			移動支援 時間/月	
日中活動系	療養介護	自立訓練(機能訓練)	地域活動支援センター型 日/月		
	生活介護	自立訓練(生活訓練)	日中一時支援 日/月		
		就労移行支援			
		就労継続支援(A型)			
居住系	共同生活介護(ケアホーム)	共同生活援助(グループホーム)			
	施設入所支援				
旧法施設支援	身体障害者更生施設(入所・通所)	身体障害者療護施設(入所・通所)	利用(希望)施設名 (訓練等給付費分)		
	身体障害者授産施設(入所・通所)	知的障害者更生施設(入所・通所)			
	知的障害者授産施設(入所・通所)	知的障害者通勤寮			

主治医 ( )	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		

( )主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類	<p>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。)</p> <p>1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、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 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：28万円未満）に属する者</p>	
	<p>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。</p>	
	20歳以上の方	20歳未満の方
	1. 療養介護利用者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	1. 療養介護利用者であること（年令 才）
	<p>特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） 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。</p>	
20歳以上の方	20歳未満の方	
1. 施設入所者(注)であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	1. 施設入所者(注)であること（年令 才）	
<p>生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、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（定率負担減免措置 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。</p>		

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) 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、特定旧法指定施設）

申請書提出者	申請者本人	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		