

(表)

(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・利用者負担額減額、免除等申請書

(宛先)新潟市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			個人番号		
	居住地	郵便番号				
フリガナ				生年月日	年 月 日	
支給申請に係る障がい児氏名				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(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)						有・無

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	
	利用中のサービスの種類と内容等					
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	事業対象者・要支援( )・要介護 1 2 3 4 5	
申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的な内容
	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費		
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援			
		<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)				
系居住	<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)				
談地域支援相	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 就労選択支援				
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					
<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設						

主 治 医 (注)	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	郵便番号		電話番号		

注 「主治医」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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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。)を申請する場合にのみ記入してください。

起案	年 月 日	課長	補佐	係長	担当			市記入欄	食事提供体制加算	きょうだいの利用
									該当・非該当	有・無
決裁	年 月 日									

申請する減免等の種類	所得区分認定	<p><input type="checkbox"/> 1 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。(いざれにも当てはまらない場合は、空欄としてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> ① 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯</p> <p><input type="checkbox"/> ② 市町村民税非課税世帯に属する者</p>	
	サ 通   所 ビ 施 ス 設 等 ・ 軽 減 宅	<p><input type="checkbox"/> 2 通所施設・在宅サービス等軽減(注1)に関する認定 下記のいざれにも当てはまるため、通所施設・在宅サービス等軽減を申請します。</p> <p>① 在宅において生活する者又は20歳未満の入所者</p> <p>② 市町村民税非課税世帯に属する者又は市町村民税課税世帯に属する者のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が16万円(障がい児の場合は、28万円)未満のもの</p>	
	医療型個別減免	<p><input type="checkbox"/> 3 医療型個別減免に関する認定 下記のいざれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉(年齢 歳) ① 療養介護利用者である人 ② 市町村民税非課税世帯の人</td><td><input type="checkbox"/> 〈20歳未満の方〉(年齢 歳) ① 療養介護利用者である人</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉(年齢 歳) ① 療養介護利用者である人 ② 市町村民税非課税世帯の人
<input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉(年齢 歳) ① 療養介護利用者である人 ② 市町村民税非課税世帯の人	<input type="checkbox"/> 〈20歳未満の方〉(年齢 歳) ① 療養介護利用者である人		
施設入所者に対する特定障害者特別給付費	<p><input type="checkbox"/> 4 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費軽減措置) 下記のいざれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費(補足給付)を申請します。</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉(年齢 歳) ① 施設(注2)に入所している人 ② 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の人</td><td><input type="checkbox"/> 〈20歳未満の方〉(年齢 歳) ① 施設(注2)に入所している人</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉(年齢 歳) ① 施設(注2)に入所している人 ② 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の人	<input type="checkbox"/> 〈20歳未満の方〉(年齢 歳) ① 施設(注2)に入所している人
<input type="checkbox"/> 〈20歳以上の方〉(年齢 歳) ① 施設(注2)に入所している人 ② 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の人	<input type="checkbox"/> 〈20歳未満の方〉(年齢 歳) ① 施設(注2)に入所している人		
者に対するグループホーム入居者特別給付費	<p><input type="checkbox"/> 5 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(グループホーム入居者の家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。</p>		
の移行予防措置	<p><input type="checkbox"/> 6 左の欄の移行予防措置(定率負担減免措置及び補足給付の特例措置)に関する認定 左の欄の移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。</p>		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

備考 上表中「世帯」とは、申請者が障がい者の場合は本人と配偶者のみの世帯をいい、申請者が障がい児の保護者の場合は住民票に記載された世帯をいいます。

注1 次のサービスを受けている者については、通所施設・在宅サービス等軽減の対象となりません。

施設入所支援(20歳以上の者に限る。)、グループホーム、宿泊型自立訓練又は精神障害者退院支援施設(入所者で20歳以上の者に限る。)

注2 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)です。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
氏名		申請者との関係	
住所	郵便番号	電話番号	