

申請する減免等の種類	所得区分認定	<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。(いずれにも当てはまらない場合は、空欄としてください。) <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 <input type="checkbox"/> ② 市町村民税非課税世帯に属する者		
	通所施設・在宅サービス等軽減	<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 下記のいず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。 ① 在宅において生活する者又は20歳未満の入所者 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		
	医療型個別減免	<input type="checkbox"/> 3 医療型個別減免に関する認定 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。		
		<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	<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) 下記のいず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。		
		<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	
	グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費	<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。		
生活保護又は支援給付の受給世帯への移行予防措置	<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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。			

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		