

(表)

(介護給付費 訓練等給付費 支給申請書)

利用者の氏名、生年月日、個人番号(マイナンバー)、居住地、電話番号を記入してください。

(宛先)新潟市長
次のとおり申請します。

申請年月日 **令和 〇年〇〇月〇〇日**

申請者	フリガナ	ニイガタ ハナコ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	新潟 花子		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	居住地	郵便番号 951-〇〇〇〇 新潟市中央区学校町通1番町〇〇〇-〇		電話番号	025-228-〇〇〇〇
	フリガナ	〇〇 〇〇	生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る障がい児氏名	〇〇 〇〇	続柄		
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		
	障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサ被保険者証の記号及び番号(注1))				
	注1 「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」欄を記入してください。				
サービス利用の状況	障がい福祉関係	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1
	介護	※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する方については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所・日中サービス支援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。			
申請するサービス	訪問系・その他	<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"/> 共同生活援助(グループホーム)			
	談 地域 支 域 援 相	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
		<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				

利用者が18歳未満の場合はこちらにお名前等を記入してください。その場合、上記の「申請者」は保護者等となります。**18歳以上の場合はご本人が申請者となりますので、記入の必要はありません。**

申請するサービス等に☑をつけてください。もしわからなければ、空欄でも結構です。

(注2) 主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	郵便番号	電話番号	

注2 「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	課長	補佐	係長	担当	所長	担当	市	食事提供	きょうだい
決裁	ここは記入しないでください。								無

該当する欄にレ印をつけてください。

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下記の区分の適用を <input type="checkbox"/> ① 生活保護受給留邦人等及び特 <input type="checkbox"/> ② 市町村民税非課税世帯の人	<input type="checkbox"/> 1. 申請者の世帯において、 市民税が非課税の場合 は減免になります。申請者の収入に応じて①、②のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。		
	通所施設・在宅サービス等・在宅軽減	<input type="checkbox"/> 2 通所施設・在宅サービス等に関する下記のいずれにも該当する <input type="checkbox"/> ① 在宅において生活保護受給世帯の人 <input type="checkbox"/> ② 市町村民税非課税世帯の人	<input type="checkbox"/> 2. 日中活動系(療養介護を除く)や訪問系のサービス、旧法の通所施設サービスをご利用の方 で、①及び②の要件を満たす場合は減免になります。表面の「サービスの種類」欄を参照の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。		
	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。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> (20歳以上の方) (年齢 歳) <input type="checkbox"/>① 療養介護利用者である人 <input type="checkbox"/>② 市町村民税非課税世帯の人 </td> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> (20歳未満の方) (年齢 歳) <input type="checkbox"/>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) <input type="checkbox"/> ① 療養介護利用者である人 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ① 療養介護利用者である人	
	<input type="checkbox"/> (20歳以上の方) (年齢 歳) <input type="checkbox"/> ① 療養介護利用者である人 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 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を申請します。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> (20歳以上の方) (年齢 歳) <input type="checkbox"/>① 施設(注2)に入所している人 <input type="checkbox"/>② 市町村民税非課税世帯の人 </td> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> (20歳未満の方) (年齢 歳) <input type="checkbox"/>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) <input type="checkbox"/> ① 施設(注2)に入所している人 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ① 施設(注2)に入所している人	<input type="checkbox"/> 4. 入所施設をご利用の方 で、要件を満たす場合は、食費や高熱水費の実費負担が軽減されますので、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。
	<input type="checkbox"/> (20歳以上の方) (年齢 歳) <input type="checkbox"/> ① 施設(注2)に入所している人 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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限ります(20歳以上の者に限ります)。この申請書を提出される方についてご記入ください。
施設入所支援(20歳以上の者に限ります) 20歳以上の者に限ります。

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
氏名	新潟 太郎	申請者との関係	父
住所	郵便番号 951-0000 新潟市中央区学校町通1番町000-0 電話番号 025-228-0000		