

様式第8号 (第2条関係)

(介護給付費 訓練等給付費 障害児通所給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費 療養介護医療費)

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】

宇部市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者 (※1)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号:		
	居住地	〒	地区 ( )	電話番号 -
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名	個人番号:	続柄	
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
被保険者証の記号及び番号(※2)		保険者名及び保険者番号(※2)		

(※1) 利用者が18歳未満の場合は、保護者が申請者になります。

(※2) 「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に記入してください。

申請するサービス	区分	サービスの種類		障害児通所給付費	
		介護給付費	訓練等給付費		
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"/> 児童発達支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
		<input type="checkbox"/> 同行援護	/	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		申請に係る具体的内容 (利用事務所名など)	
	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"/> 就労移行支援		<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (養成施設)
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型)		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (B型)
	居住系	<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)		<グループホームについて> <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 ・ 介護サービスの提供希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
<input type="checkbox"/> 地域定着支援					

サービス等利用計画を作成するために必要があるときは、認定にかかる認定調査・概況調査・市町村審査会による判定結果・意見及び医師意見書を、宇部市から指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者又は指定障害者支援施設の関係人及び医師意見書を記載した医師に提示することに同意します。

また、申請にあたり利用者本人及び世帯の収入に関する課税台帳等の税務関係資料及び手当等受給状況を閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者氏名

職員記入欄

(受付者: ) 受給者証 有 無

受付日	年 月 日	受付番号	受給者番号
利用状況	障害福祉関係	障害支援区分の認定	有 ・ 無
	サービス	地域生活支援給付費の認定	有 ・ 無 ・ 申請中 (同時申請)
	介護保険	要介護度の認定	有 ・ 無
		受給者番号	区分 1・2・3・4・5・6 ( ~ )
			要支援 ( ) 1・2・3・4・5

主治医 (※3)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒		
	1ヶ月以内の受診		電話番号	
		有 ・ 無		

(※3) 主治医の欄は、介護給付費を申請する場合、訓練等給付を申請する場合（共同生活援助（グループホーム）で介護サービスの提供を受けることを希望する者に限る）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。）に入院している者又は保護施設、矯正施設又は更生保護施設に入所等している者に限る。）を申請する場合に記入してください。

(注意) 更新申請の方で、障害支援区分の認定期間が残っている場合は、記入は必要ありません。

(注意) 利用者が18歳未満の場合は、記入は必要ありません。

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。（1～3の当てはまる番号に○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は不要）	
	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	
	◇療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○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 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）に属するもの		
<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定		
下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。		
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	
1 療養介護利用者であること（年齢 歳）	1 療養介護利用者であること（年齢 歳）	
2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		
<input type="checkbox"/> III 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）		
下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	
1 施設入所者（※4）であること（年齢 歳）	1 施設入所者（※4）であること（年齢 歳）	
2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者（※5）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）		
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。		
<input type="checkbox"/> V 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（ <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。		
※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。		

(注意) 「世帯」の範囲は、18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の場合、「障害のある者及び同一の世帯に属する配偶者」です。

(※4) 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）

(※5) 対象施設は、共同生活援助（グループホーム）

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	〒		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	