

太枠の中を記入してください

(様式第1号)

(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)  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

佐賀市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名	印 (※署名(自筆)の場合は、押印不要) 個人番号( )			
	居住地	〒			
		電話番号			
	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	支給申請に係る 障がい児氏名	個人番号( )		続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障がい者 保健福祉手帳番号	疾患名
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		
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

※「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。

サービスの 利用状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	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		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	
	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"/> 就労選択支援		
		<input type="checkbox"/> 行動援護			
		<input type="checkbox"/> 短期入所			
	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			
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)			
地域相談 支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援				
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援				

主治医 氏名		医療機関名	
医療機関 所在地	電話番号		

\*主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費を申請する場合記入すること。

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、障害支援区分認定に係る調査・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、佐賀市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業所、障害者支援施設等の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名	印
-------	---

(※署名(自筆)の場合は、押印不要)

裏面あります

太枠の中を記入してください

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。 (当てはまるものに○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。) 1. 生活保護受給世帯に属する者 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80万9千円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障がい者:所得割16万円未満、障がい児:所得割28万円未満)に属する者	
	<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> 1. 療養介護利用者であること(年齢 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年齢 才)
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する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。 (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)	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年齢 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 才)
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者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(自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <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。		

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。

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	印	申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第19条に定める介護給付費等の支給決定及び支給決定後の有効期間中における利用者負担額減額等の決定のために必要があるときは、佐賀市福祉事務所長が社会保険事務所、各種共済組合又は各市町村民税・住民部局等の官公庁署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税、固定資産税、その他各種手当等の必要な情報を照会することに同意します。

氏名	印	氏名	印
氏名	印	氏名	印
氏名	印	氏名	印

**(本人及び配偶者(障がい児の利用においては世帯全員)の氏名を記入してください。)**

(※署名(自筆)の場合は、押印不要)

- \*1 照会によって得られた情報は、障害福祉サービスの利用者負担額及び減免対象の判定以外には使用しません。
- \*2 収入に関する情報は、その内容を確認できるものの提出がなかった場合に限り利用します。

**太枠の中を記入してください**