

介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 障害児通所給付費  
 地域生活支援サービス給付費 計画相談支援給付費 地域相談支援給付費 障害児相談支援給付費  
 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

柏市長 あて

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	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	氏名	個人番号：別紙のとおり		
	居住地	電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
	児童氏名	個人番号：別紙のとおり	続柄	
障害者手帳等 (該当するものに○)		身体障害者手帳 療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	精神通院 児童意見書
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A・B型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、医療型児童発達支援を申請する場合記入。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効期間	
	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					
		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
	障害福祉サービス	介護給付費		訓練等給付費		地域生活支援サービス給付費	
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 移動支援			
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター			
		<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 日中一時支援			
		<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス			
		<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)				
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型				
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型				
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援				
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助					
		<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)					
	児童通所	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス				
		<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援				
		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援					
相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					

- ① サービス等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認定調査・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柏市から指定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。
- ② 障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師等意見書の全部又は一部を、柏市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。
- ③ 地域生活支援サービス給付費の請求、受領に関する権限を次の3つの条件で当該サービスの提供事業者委任することに同意します。
  - 1 受任者の同意なしに、本件委任を解除しない。
  - 2 本件委任の事項を受任者以外の者に重ねて委任しない。
  - 3 弁済の受領は受任者だけが行き、委任者は受理しない。
- ④ 障害支援区分認定に係る認定調査の必要があるときは、本申請書の内容の全部又は一部を柏市から柏市が委託する障害支援区分認定調査委託事業者に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

(※) 主治医の欄は、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。）を申請する場合記入すること。

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。 （あてはまるものに○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 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のあてはまる方にも○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：下記のいずれにもあてはまるため、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（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 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） 下記のいずれにもあてはまるため、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（年令 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（年令 才）
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者（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（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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象事業所は、共同生活援助（グループホーム）		
<input type="checkbox"/> V 多子軽減措置に関する認定：下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。） ※ 在園証明等が必要となります。 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者		
<input type="checkbox"/> VI 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		申請者との関係
住所	〒  電話番号	