(表面)

中	(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																						
中部 中部 中部 中部 中部 中部 中部 中部																							
##																							
申 氏名 生年月日 年月日 日間 日間 <td< td=""><td></td><td>7</td><td>1 + "+</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>甲訂</td><td><u>青年月</u> </td><td>H</td><td>令和</td><td>4</td><td>-</td><td>月</td><td></td><td></td></td<>		7	1 + "+												甲訂	<u>青年月</u> 	H	令和	4	-	月		
株 名	ь		7 73 7										1										
個人番号		氏	名										生年月日					年	Ξ	月	日		
者 居住地 〒 電話番号 フリガナ 支給 申請に係る 個人番号 集兵名 生年月日 年月日 身体障害者 手帳番号 療育手帳 番件障害者保健 番件障害者と 番件の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。) 有・無 ※ 1 被保険者証の記号及び番号(※) 保険者名及び番号(※) 障害 福祉 関係サービス 摩害支援 区分の認定 有・無 区分の認定 有・無 関係サービス 区分等 1 2 3 4 5 6 期間 事験当 有効 期間 力 護 日 に ス の機能と内容等 東介護区 内容等 区分 サービスの種類と内容等 日 定 方	請	個	 从 悉 是	+	T						1												
唐 任 地 で	者																						
支給申請に係る 現		居	住 地		<u> </u>					電話番号													
児童氏名 個人番号 身体障害者 手帳書者 手帳書者 「機保険者証の記号及び番号(※) 線育手帳 番 報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B型のサービスを申請する者に限る。) イ・無 図係サービス イ・無 図所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 利用中のサービスの種類と内容等 と分 事該当 イ・無 図所サービスの種類と内容等 123456 有効 期間 の方護総定 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 有・無 事が護度 利用中のサービスの種類と内容等 要介護認定 利用中のサービスの種類と内容等 申請に係る具体的内容 区分 サービス の種類 利用中のサービスの種類と内容等 申請に係る具体的内容 同意 方 護 同面 方 援 回面 方 援 回面 可力 援 国位 可力 援 可定 期 入 所 回室 著条包括支援 同院 労 移 行 支 援 回就 労 経 続 支 援 A 型 同就 労 と 着 支 援 回対 が 接 続 支 援 B 型 同株																							
個人番号													4	±年	月日			结	Ŧ	月	E	l	
身体障害者 手帳番号 療育手帳 播車 福祉手帳番号 精神障害者保管 福祉手帳番号 疾病名 被保険者証の記号及び番号(※) 障害基礎年金 1級の受給の有無(就労継続支援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、療養介護を申請する場合記入すること。 障害支援 区分の認定 有・無 区分等 1 2 3 4 5 6 有効 期間 関係サービス 利用中のサービスの種類と内容等 か 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 6 有効 期間 財 のの状況 申請に係る具体的内容 区分 サービスの種類と内容等 1 2 3 4 5 6 有効 非該当 4 5 6 有効 期間 財 のの装置と内容等 区分 サービスの種類と内容等 1 2 3 4 5 6 有効 非該当	児			<u>8</u>	$\overline{}$	-	l	1		-1		1	11.	+	1-								
接信番号 横巻号 横巻号 横巻号 横線者名及び番号(※) 保験者名及び番号(※) 保験者名及び番号(※) 保験者名及び番号(※) 横線者名及び番号(※) 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。 本 無 図分の認定 有・無 要介護度 要支援()・要介護 1 2 3 4 5	良					<u> </u>	基杏 毛	帳		į						(早/建							
障害基礎年金 1 級の受給の有無 (就労継続支援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、療養介護を申請する場合記入すること。																				疾病	名		
 ※「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、療養介膜を申請する場合記入すること。 ウ	被保	険者証 の	D記号及	び番号	₹(※)										保険者	名及び	番号	₹(※)					
サービス利用の状況 障害 福 祉 関係サービス 関係サービス 開展と内容等 中間の状況 ア 護 保険 サービスの種類と内容等 中請請すする ア 護 保険 サービスの種類と内容等 でおります。 これでは、	障	害基礎	年金1級	ひの受	給の	有無	(就)	屰継	続戈	を援	B型	の†	ナー	-ビ	スを申	請する	る者	に限る。	,)		有	· 無	ŧ
では、	* [被保険者	皆証の記·				及び「	保险									-1		る場合	記入	する	こと。	
Tun	†	陪事	ᆲᇶ				有	• 無	12	≦分			_	3	4 5	6							
の状況 介護保険サービス 対用中のサービスの種類と内容等 申請する サービスの種類	ビ																						
の状況 介護保険サービス 対用中のサービスの種類と内容等 申請する サービスの種類	ス 利	12111	, _,																				
切け	用の	介 謹 促 陰 要介				介護認定 有・無 要介護度 要支援()・要介護 1 2 3 4 5																	
P	状況				利用中のサービスの種類と内容等																		
P								L-1	: 7 <i>(</i>	ΩŦ	毛 米石												
申請 する サービ ス 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日		区分		介	·護給	付費			<u> </u>	ノノ介		訓糸	東等	€給·	付費			申討	青に係	₹る ∮	具体的]内容	
での他・			口居		宅	ſ						H-7 1-1-1		, 1 <u>1</u>									
□短 期 人 所 □重度障害者等包括支援	申	~ 訪																					
□短 期 人 所 □重度障害者等包括支援	幸主	での他・				拉拉	<u></u>	設調	E														
□重度障害者等包括支援	詞																						
る □生 活 介 護 □自立訓練(生活訓練) 申申	す		口重度	ま障害	害者	等包	括支	援		/													
世 日 中 中 市	7	日中な																					
サー活動 □就労移行支援(養成施設) □就労移行支援(養成施設) □就労継続支援A型 □就労継続支援B型 □就労継続支援B型 □就労継続支援B型 □は労継続支援B型 □は労継続支援B型 □自立生活援助 □井同生活援助(グループホーム) 地域□地域移行支援相談 □地域定着支援 支援 □地域定着支援	ବ		ロ生		<u>活</u>	7		超															
ビ □就労継続支援A型 □就労継続支援B型 ス □施設入所支援□自立生活援助 世域 □地域移行支援 相談支援 □地域定着支援	サ																						
ビ □就労継続支援A型 □就労継続支援B型 ス □施設入所支援□自立生活援助 世域 □地域移行支援 相談支援 □地域定着支援		動								□就労移行支援(養成施設)													
ビ □ 加 □ 元 □ 二																							
ス 居住系 □施 設 入 所 支 援 □自 立 生 活 援 地域 相談 支援 □地 域 を 方 接 セ は <td>μ̈</td> <td></td> <td colspan="6"></td> <td></td> <td colspan="5"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	μ̈																						
大	居住系 □施 設 入 所 支 援 □自 立					生活援助																	
相談 □地 域 定 着 支 援	ス											<u> </u>											
支援			_																				
			山地	- 以	_ 疋	有	文	拐	ζ														
	サ		等利用記	1画人	 ては個	別支	援計	画を	作	成3	するた	こめ	に!	必要	があ	るとき	は、	障害支	援区	分認	定に	係る認	定調

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、穴水町から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。また、本申請に伴い必要な場合に、貴職が関係機関に対し、世帯の状況、収入・資産等の状況、市町村民税等の調査を実施することを承諾します。

申請者氏名	
9 = C. <i>D</i>	(ET
9 5 6 6 6	(E)

主	主治医の氏名	医療機関名
治医(,	〒
*	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。

い _例 に と。	元で相仲炳主が設けられているものを含む。)に入阮している自に限る。)を中請する場合能入するこ								
٤.	□ 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								
申請	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 □ 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。								
す る 減	〈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(年令 才) 2.市町村民税非課税世帯の者								
免の種類	□ 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)								
块 -	〈20歳以上の方〉〈20歳未満の方〉1. 施設入所者であること(年令 才)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								
	□ 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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。								
	□ 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(□自己負担減免措置 □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		□申請者本人	口申請者本人以外(下の欄に記入)
氏	名		申請者との関係
住	所	Ŧ	電話番号