

【 記 載 例 】

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
支給変更申請書 兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書

(宛先) 秋田市長
次のとおり申請します。

利用者(利用者が18歳未満の場合は
保護者)の氏名等をご記入ください

年月日 ●●年●●月●●日

申請者	フリガナ	アキタ タロウ	生年月日	●●年●●月●●日
	氏名	秋田 太郎	個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●
居住地	〒●●●●●●●●	秋田市●●一丁目1番1号	個人番号(12桁)をご記入ください	
			電話番号	018-●●●-●●●●
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児童氏名		利用者が18歳未満の場合 にご記入ください	続柄	
			個人番号	
身体障害者 手帳番号	秋田市第●●●●号	療育手帳 番号	福祉手帳番号	疾病名
被保険者証の記号および番号(※)		保険者名および番号(※)		
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

※「被保険者証の記号および番号」欄および「保険者名および保険者番号」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	1 2 3 4 5 6	有効 期間	●●年●●月●●日~ ●●年●●月●●日
		利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護、就労継続支援B型		認定の有無および区分等をご記入ください			
介 護 保 険 ス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5			
	利用中のサービスの種類と内容等						
変 更 の 理 由		●●●●のため 変更の理由をご記入ください					

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
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・ その他		<input checked="" type="checkbox"/> 居 宅 介 護	<input type="checkbox"/> 就 労 定 着 支 援	申請するサービス にチェック☑を入れ てください
		<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)	
			<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援 A 型 <input checked="" 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)	
	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	主治医の氏名	●● ●● 先生	医療機関名	●●病院
	所在地	〒●●●●●●●●	秋田市山王一丁目●番●号	電話 ●●●●●●●●●●

障害支援区分の申請をするときは、必ず主治医の氏名等をご記入ください

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。 (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 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯(※)に属する方 ※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および障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方 ②①以外の方 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:28万円未満)に属する方	
	<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 施設入所者であること(年齢 才) 2 市町村民税非課税世帯	<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(年齢 才) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の方	<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あてはまるため、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(□定率負担減免措置、□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	<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)		
氏名	秋田 花子	申請者との関係	妻
住所	〒●●●●-●●●● 秋田市●●-一丁目1番1号		
		電話番号	018-●●●●-●●●●

申請者と提出者が異なる場合は、ご記入ください

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、秋田市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。

申請者氏名 秋田 太郎