(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

申請年月日

年

月

稲美町長 様

次のとおり申請します。

フリガナ

申	rf	ET.	個人番号:			(印)	生."	生平月日			
- ±:	氏	名				配偶者の有無			有	•	無
請			個人番方: 					<u> </u>			
者											
		電話番号						号			
フリガナ					11.1						
支給申請に係る						牛月 日					
児 童 氏 名 個人番号:					続	. 柄					
身体障害者 療育手帳 手帳番号 番 号						害者保健 =帳番号			疾病名		
被保	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E	3型のサービ	スを申記	情する者に	[限る。)	有	· 無
	皮保険者記	正の記号	及び番号」欄	及び「伊	R 険者名及	び保険者番	号」欄は	、療養介記	獲を申請する	場合記入	すること。
チ	-1		障害支援 区分の認定	-		区分 1 2	3 4	5 6	有効 期間		
ービ	障 関係サ		利用中のサー	利用中のサービスの種類と内容等							
ス	120117	-									
利用			要介誰:	認定	有・無	悪 要介護度 要支援()・			() • 要/	<u> </u>	2 3 4 5
の	要介護認定 介護保険 利用中のサービスの種類								() <u>A</u>)	112 1 2	2 0 4 0
	状 サービス										
状			113713 1 42 7	G / 11/ E	:対C 「1石 子						
			119/13 42 /	G 7 11 7 [E	級と口仕号						
状	サー					スの種類				申請に係る	5. 具体的内容
状		ビス	介護給付				訓練等組	 給付費		申請に係る	る具体的内容
状	サー 区 分	ビス 居宅	介護給付			□ 就労定	着支援	給付費		申請に係る	る具体的内容
状	サー 区 分 訪	ビス □ 居宅	介護給付 公介護 記 が 護				着支援	給付費		申請に係る	る具体的内容
状況	サー 区 分	ビス 居宅 面側	介護給付			□ 就労定	着支援	給付費		申請に係る	5具体的内容
状況 申 請	サー区分訪問	ビス 居宅 同行 口 行動	介護給付 近介護 三訪問介護 F援護	寸費	サービ	□ 就労定	着支援	給付費		申請に係る	5具体的内容
状況申	サー区分訪問	ビス	介護給付 (注)介護 (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表)	寸費	サービ	□ 就労定第□ 自立生活	着支援 舌援助 棟(機能	記訓練)		申請に係る	る具体的内容
状況 申 請	サータ・訪問系	ビス	介護給付 介護 :訪問介護 :該護 :按護 :障害者等包 :入所 :介護	寸費	サービ	□ 就労定注□ 自立生注□ 自立訓結□ 自立訓結□ 自立訓	着支援 舌援助 東(機能 東(生活	E訓練) E訓練)		申請に係る	5具体的内容
状況 申請する	サータ・訪問系・日	ビス	介護給付 介護 :訪問介護 :該護 :按護 :障害者等包 :入所 :介護	寸費	サービ	□ 就労定3 □ 自立生3 □ 自立訓4 □ 自立訓4 □ 信立訓4	着支援 舌援助 陳(機能 陳(生活 東立訓練	E訓練) E訓練)		申請に係る	5具体的内容
状況 申請す	サ	ビス	介護給付 介護 :訪問介護 :該護 :按護 :障害者等包 :入所 :介護	寸費	サービ	□ 就労定 □ 自立生 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 自立訓 □ お労移	着支援 舌援助 東(機能 東(生活 東立訓練 ラ支援	E訓練) E訓練)		申請に係る	5具体的内容
状況 申請する	サ	ビス	介護給付 介護 :訪問介護 :該護 :按護 :障害者等包 :入所 :介護	寸費	サービ	□ 就労定 □ 自立生 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 信泊型 □ 就労移 □ 就労移	着支援 舌援助 東(機能 東(生活 東立訓練 ラ支援	計練)計練)(養成施設)		申請に係る	5具体的内容
状況 申請する	サ	ビス	介護給付 介護 :訪問介護 :該護 :按護 :障害者等包 :入所 :介護	寸費	サービ	□ 就労定 □ 自立生活 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 自立訓 □ は労移 □ 就労移 □ 就労移	着支援 舌援助 (機生訓 (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大)	計練)計練)(養成施設)型		申請に係る	5.具体的内容
状況 申請するサービ	サ 区 訪問系 日中活動系	ビス 	介護給付 行護 詩問介護 接護 障害者等包 予介護	寸費	サービ	□ 就労定 □ 自立生 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 常泊型 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労継 □ 就労継	青舌 棟東自行行號表 援助 ((立支支支支支 援助 機生訓援援援援援援援援援援援	記訓練)表成施設型型		申請に係る	5具体的内容
状況 申請するサー	サ	ビス 	介護給付 行護 訪問介護 持援護 管害者等包 八方護 於介護	寸費	サービ	□ 就労定 □ 自立生 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 常泊型 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労継 □ 就労継	青舌 棟東自行行號表 援助 ((立支支支支支 援) 機生訓援援援援援援援援援援援	計練)計練)(養成施設)型		申請に係る	5.具体的内容
状況 申請するサービ	サ 区 訪問系 日中活動系 居 地 ー ・	ビス 日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	介護給付 行護 一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一	寸費	サービ	□ 就労定 □ 自立生 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 常泊型 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労継 □ 就労継	青舌 棟東自行行號表 援助 ((立支支支支支 援) 機生訓援援援援援援援援援援援	記訓練)表成施設型型		申請に係る	5具体的内容
状況 申請するサービ	サ 区 訪問系 日中活動系 居	ビス 	介護給付 行護 一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一	寸費	サービ	□ 就労定 □ 自立生 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 自立訓 □ 常泊型 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労移 □ 就労継 □ 就労継	青舌 棟東自行行號表 援助 ((立支支支支支 援) 機生訓援援援援援援援援援援援	記訓練)表成施設型型		申請に係る	5.具体的内容

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、稲美町障害支援区分認定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、稲美町から指定特定相談支援事業所、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	£Π
T明省 24	FI-1

主治	主治医の氏名		医療機	関名					
医(₸							
*	所 在 地								
(>•/				小キャヤマイン	電話番号				
	(※)主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(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。								
		限月額に関する認定							
		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 ※、廃業企業を利用する場合は、①又は②のたてはまる末によったのはる								
	※ 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が80万9千円以下のもの								
)以外のもの		1 35 (1 4)					
	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								
		 固別減免に関する認定							
申		ずれにもあてはまるため、医療	型個別減少	免を申請	します。				
請	< 2 0 歳以上の			<20点					
す	1. 療養介護利用者であること(年齢 才) 1. 療養介護利用者であること(年齢 才)								
る	2. 市町村民税非課税世帯の者								
減	□ Ⅲ 施設入層	所者(注)に対する特定障害者特	寺別給付費	,(補足約	合付)に関する認定(入所施設の食費等				
免	軽減措置)								
0	下記のい	ずれにもあてはまるため、特定	障害者特別	引給付費	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	設 (障害	者支援施設)				
種	< 2 0 歳以上の	方>		<20点	歳未満の方>				
類	1. 施設入所	者であること(年齢 才)		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								
	□ IV グループホーム等入居者 (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)								
	□ 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(□自己負担軽減措置 □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 □申請者本人以外(下の欄に記入)								

申請書提出者	□申請者本人 □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		