

記載方法（者・児・変更）

新規・更新・変更（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）（障害児通所給付費）
支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書
計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（変更）申請書

香美市福祉事務所長 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 | | ※児の場合は保護者の氏名を記入。 ※被成年後見人の場合は成年後見人の氏名を記入し 成年後見人であることを示す書類の写しを添付。 | 月 | 日 |
| | 氏名 | 利用者氏名 | | | |
| 申請者 | 居住地 | 〒 <input type="checkbox"/> 土佐山田町 <input type="checkbox"/> 香北町 <input type="checkbox"/> 物部町 | 電話番号 | 日中連絡の付く連絡先を記入ください。 介護者（両親等）が窓口の場合は、 介護者の連絡先を記入ください。 | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 平成 令和 |
| サービス等の利用者 | フリガナ | 利用者氏名 | 続柄 | | |
| 身体障害者手帳番号 | | 療育手帳番号 | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | |
| 被保険者証の記号及び番号※ | | | 保険者名及び番号※ | | |
| 障害基礎年金受給の有無 | | 有（等級： 1級 ・ 2級 ・ その他） ・ 無 | | | |

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護又は医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

| | |
|-------------------------------------|--|
| 計画相談支援・障害児相談支援を 依頼（変更）する相談支援事業所名 | 契約している相談支援事業所を記載 ※相談支援事業所の変更の場合は、変更後の事業所も記載 例 ○○事業所→△△事業所へ変更 |
|-------------------------------------|--|

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-----------------|----------|-----|-------------|--------|-----|---|---|---|---|---|
| サービス利用状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分認定 | 有・無 | 区分等 有効期間 | 非該当 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | |
| サービス利用状況 | 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 | | | | | | | | | | |

申請するサービスの種類

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|--|---------|--|--|--|
| 障害福祉サービス | | | | 障害児通所支援 | | | |
| 区分 | 介護給付費 | 訓練等給付費 | □児童発達支援 | | | | |
| 訪問系・その他 | <input type="checkbox"/> 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | □医療型児童発達支援 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | □居宅訪問型児童発達支援 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護 | / | □放課後等デイサービス | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 行動援護 | | □保育所等訪問支援 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所 | | 申請（変更）に係る具体的内容 ※変更の場合はその理由 | | | | |
| <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） | ※変更する内容を具体的記述 例）居宅介護 支給量の変更 （月20時間から40時間へ） | | | | |
| | <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） | | | | | |
| 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 | | | | | |

【同意事項】 この申請に係る審査のため市職員が利用者の属する世帯の課税内容・収入等について調査すること及び障害支援区分認定調査又は障害児給付決定時調査の内容、市町村審査会における判定結果及び医師意見書の全部又は一部を、香美市から指定特定又は指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定障害児通所支援事業者、指定一般相談支援事業者又はその他支援団体の関係人に提示することに同意します。

申請する支援にチェック

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。

障害者支援区分の認定・更新のときは必須
かかりつけ医又は以前に受診した医療機関を記載

| | |
|-----------|-------|
| 主治医の氏名（※） | 医療機関名 |
|-----------|-------|

（※）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 ※ 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 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。） 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。 | |
| <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。 | | |

| | | |
|--------|--------------------------------|--|
| 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 | | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |

表面の申請者以外の方（保護者、親戚、後見人等）が申請される場合のみ記入してください。
申請等の手続きに係る連絡は、こちらに行います。