

(表)

(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

(宛先) 八千代市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名			年	月	日
	個人番号					
	居住地	〒				
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名			続柄		
	個人番号					
	電話番号					
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		疾病名
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場合に記入してください。)						有・無
被保険者証の記号及び番号※			保険者名及び保険者番号※			

※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に記入してください。

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	
	利用中のサービスの種類と内容等					
申請するサービス	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	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 type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <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		<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <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"/> 就労継続支援(A型) <input 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					

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、八千代市障害者介護給付費等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、八千代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

主治医の状況	機 医 関 名 療 療	所在地及び連絡先
	医 師 名 名	

備考 主治医の状況欄は、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してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。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 3 市町村民税課税世帯(障害者にあつては所得割160,000円未満、障害児にあつては所得割280,000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 下記のいずれにも当てはまるため、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。 (歳) 2 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 療養介護利用者であること。 (歳)
	<input type="checkbox"/> III 障害者支援施設の入所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(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<20歳以上の方> 1 施設入所者であること。(歳) 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> 施設入所者であること。(歳)
	<input type="checkbox"/> IV グループホームの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当てはまるため、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、特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付)を申請します。	

備考 事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

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)		
フリガナ		申 請 者	
氏 名		と の 関 係	
住 所	〒		
	電話番号		

同意書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス及び児童福祉法に基づく障害児通所給付の支給事務にあたり、下記の事項について障害者支援課職員が調査・確認することに同意します。

また、高額障害福祉サービス費等の該当となった場合は、障害者支援課職員が算定に関する手続を行うことに同意します。

記

1. 世帯員の市民税の課税状況に関する事
2. 世帯員の住民基本台帳の閲覧に関する事
3. 個人番号（マイナンバー）の確認及び個人番号を活用した情報連携に関する事
4. 障害福祉サービス費等の算定にあたり必要となる受給者情報を千葉県国民健康保険団体連合会へ提供すること

(あて先) 八千代市長

年 月 日

住 所

申請者との続柄

氏 名

()

氏 名

()

氏 名

()

氏 名

()

氏 名

()