

(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) 給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 (例)

〇〇市 (町村) 長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ	個人番号																			
氏名	生年月日	年	月	日																
居住地	〒																			

電話番号

フリガナ	個人番号																			
支給申請に係る児童氏名	生年月日	年	月	日	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		疾病名																

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											
-----------	-----	-----	---	---	---	---	---	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービス利用の状況

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									

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		
申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 在宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	※共同生活援助 (グループホーム) のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類 (指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別) 及び入浴、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か否かのほか必要な事項 (サテライト型住居の利用意向等) を記載する。
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援助	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練)	
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<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 type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型	
			<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) ※	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			
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は必要があるときは、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、〇〇市 (町・村) 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

主治医の氏名		医療機関名	
所在地	〒	電話番号	
主治医(※)			

(※) 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及び日中サービスマ支援型指定共同生活援助事業所の利用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

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

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。

<20歳以上の方>

1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)  
2. 市町村民税非課税世帯の者

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 歳)  
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	<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		申請者との関係
住所	〒	電話番号

障害者総合支援法医師意見書作成依頼書

第 年 月 日 号

様

〇〇市長 〇〇 〇〇

次の者について同封の「医師意見書」を記入のうえ、 年 月 日まで  
にご返送ください。

番号	フリガナ	生年月日		年 月 日
	氏名	性 別		
申請者		住 所		

問い合わせ先及び返送先

〇〇市役所 〇〇課


〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町

電話 〇〇〇〇

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書 (例)

番 年 月 日  
号

〒 -  
様

市 (町) 長 

障害者総合支援法 (第22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項) ・ 児童福祉法 (第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項) の規定に基づき、支給 (給付) 要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。  
提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

- ・ 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
- ※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

- ・ 計画相談支援・障害児相談支援依頼 (変更) 届出書
- ※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援・障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

提出先 市 (町) 福祉課  
住所  
電話番号

提出期限 年 月 日

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画(様式例)

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	通所受給者証番号	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		

計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄
--------	----------------	----------

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

1. 調査実施者 (記入者)

実施日	年 月 日	実施場所	自宅・自宅外 ( )
記入者	(ふりがな)	所属機関	調査時間

2. 調査対象者

対象者	(ふりがな)	男・女	生年月日 年齢	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
	〒			
現住所	〒		電話	— —
家族等 連絡先	〒		電話	— —

氏名 ( ) 調査対象者との関係 ( )

3. 認定を受けている各種の障害等級等 (該当する項目に記載又は○をつけてください)

(1) 身体障害者等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級			
(2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 ( )			
(3) 療育手帳等級	最重度	OA	A1	1度
	重度	A	A2	2度
	中度	B	B1	3度
	軽度	C	B2	4度
(4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級			
(5) 難病等疾病名				
(6) 障害基礎年金等級	1級・2級			
(7) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
(8) 生活保護の受給	有 (他人介護料有り) ・有 (他人介護料無し) ・無			

4. 現在受けているサービスの状況 (別紙「サービスの利用状況票」に記入してください)

5. 地域生活関連 (サービスの種類や量に関する) を中心に記入してください

(1) 外出の頻度 (過去1ヶ月間の回数)	( ) 回程度
(2) 社会活動の参加状況	( )
(3) 過去2年間の入所歴の有無	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→入所期間	年 月～ 年 月 施設の種類 ( )
(4) 過去2年間の入院歴の有無	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→入院期間	年 月～ 年 月 原因となった病名 ( )
(5) その他	年 月～ 年 月 原因となった病名 ( )

6. 就労関連 (サービスの種類や量に関することを中心に記入してください)

(1) 就労状況	<input type="checkbox"/> 一般就労	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト
	<input type="checkbox"/> 就労していない	<input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 就労経験の有無	一般就労やパート・アルバイトの経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	最近1年間の就労の経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	中断の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
(3) 就労希望の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	具体的に	

7. 日中活動関連 (サービスの種類や量に関することを中心に記入してください)

主に活動している場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他 ( )
------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

8. 介護者(支援者)関連 (サービスの種類や量に関することを中心に記入してください)

(1) 介護者(支援者)の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
(2) 介護者(支援者)の健康状況等特記すべきこと		

9. 居住関連 (サービスの種類や量に関することを中心に記入してください)

(1) 生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅(単身)	<input type="checkbox"/> 自宅(家族等と同居)	<input type="checkbox"/> グループホーム
	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 居住環境			

10. その他 (サービスの種類や量に関することを中心に記入してください)

--

