

介護給付費等支給申請書
(新規・変更・追加・取消・継続・再交付・負担変更・世帯変更)

記載例
(裏面もあります)

(宛先) 中井町長
〇〇年〇〇月△△日

次のとおり申請します。なお、支援利用計画等を作成するために必要があるときは、本申請に係る調査資料等について、中井町から指定相談支援事業所、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設等の関係者に提示することに同意します。

申請者	氏名	中井 太郎	生年月日	年 月 日
	居住地	〒259-0197 中井町比奈窪56番地	サービス利用者の住所、氏名等を記入してください。サービス利用者が18歳未満のときは、『申請者』欄は保護者を、『世帯員』欄は保護者氏名、『児童氏名』欄には利用者氏名を記載してください。	
支給申請に係る児童氏名	個人番号:	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B型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「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合御記入ください。

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	~〇〇年〇月〇〇日
		受給者証番号	100000XXXX				
		利用中のサービスの種類と内容等 現在お使いのサービス等を記入してください					
	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等	区分	介護給付費	訓練等給付費	障害児通所給付費	地域生活支援事業	
	訪問系・その他	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	☐ 児童発達支援	☐ 移動支援	
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	☐ 医療型児童発達支援	☐ 日中一時支援	
		☐ 同行援護	今回申請されるサービスにチェックしてください			地域活動支援センター
		☐ 行動援護				
		☐ 短期入所				☐ 保育所等訪問支援
		☐ 重度障害者等包括支援				
	日中活動系	申請に係る具体的内容				
		☐ 療養介護	☐ 自立訓練(機能訓練)	今回申請されるサービスの利用回数等を記入してください。 (例) 居宅介護 〇〇時間/月 就労継続支援(B型) 〇〇日/月 放課後等デイサービス 〇〇日/月 保育所等訪問支援 〇日/月		
		☐ 生活介護	☐ 自立訓練(生活訓練)			
☐ 宿泊型自立訓練						
☐ 就労移行支援						
☐ " (養成施設)						
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助(GH)				
	相談系	☐ 計画相談支援	☐ セルフプラン			
		事業所名()	計画相談支援の支給決定を受ける方は、相談支援事業所名を記入してください。			
☐ 地域移行支援						
☐ 地域定着支援						

主治医 (※)	主治医の氏名	認定 太郎	医療機関名	認定病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 □□市△△町〇-〇〇	介護給付費の申請をする方は 必ず記入してください 電話番号	

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入をお願いします

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。）		該当する申請、区分に チェックしてください
	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82万6千5百円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯のうち、所得割が16万円未満（障害児にあっては28万円未満）に属する者 4 市町村民税課税世帯のうち、3以外の者		
	☐ 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 施設入所者であること（年齢 歳） 2 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯の者		〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）
	☐ 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（入所施設の食事等軽減措置） 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。 ※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 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯の者		〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）
	☐ 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） 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税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（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。			
☐ VI 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 ※在園証明書等が必要となります。			

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
ふりがな		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒 ー 電話番号（ ） ー		