

(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

【 記 入 例 】

表

《 ご記入にあたって 》

★申請書は両面になっています。裏面の記入漏れが無い様にお願いいたします。

★太枠網掛け部分は、全ての項目に漏れなくご記入ください。それ以外は該当するものがある場合のみご記入ください。

★留意点等は、該当箇所の吹き出しに記載しています。内容をご確認いただき、ご記入ください。

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)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

西東京市長 様

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	個人番号																		
	氏 名	生年月日																		
	居住地	〒																		
		電話番号																		

支給申請に係る児童氏名	フリガナ	個人番号																		
	生年月日																			
		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

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				
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		☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 短 期 入 所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
日中活動系		☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練(機能訓練)	
		☐ 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	
			☐ 就労移行支援(養成施設)	
			☐ 就労継続支援A型	
居住系		☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就労継続支援B型	
		☐ 地 域 移 行 支 援	☐ 共同生活援助(グループホーム)	
		☐ 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、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、西東京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送付することになります。

申請者氏名

サービスを利用する方が18歳以上の場合には、こちらに氏名等をご記入ください。

18歳未満の場合には、保護者の方の情報を記入ください。

サービスを利用する方が18歳未満の場合には、こちらに児童氏名等をご記入ください。

就労継続支援A型・B型のサービスを申請する方は、必ず年金の受給有無にチェックをしてください。
※受給している場合には、年金証書・振込通知書・通帳のコピーを添付してください。

更新したいサービスを以下の中からチェックをしてください。

個別にサービスの支給量が決められている場合にはこちらにご記入ください。

最上部の申請者の方と同じ方の氏名をご記入ください。

★裏面へ



《 ご記入にあたって 》

★申請書は両面になっています。裏面の記入漏れが無い様にお願いいたします。

★太枠網掛け部分は、全ての項目に漏れなくご記入ください。それ以外は該当するものがある場合のみご記入ください。

★留意点等は、該当箇所の吹き出しに記載しています。内容をご確認いただき、ご記入ください。

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

定期的に受診している医療機関について、区分更新時は必ずご記入ください。

(※)生活保護の措置は、介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に該当するもの)及び大浴、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。)を申請する場合に入ります。

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。) 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以外の者 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者: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) (20歳未満の方) 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳) 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) (20歳未満の方) 1. 施設入所者であること(年齢 歳) 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。

I は、該当箇所が分からない場合には未記入でも構いません。以下のII～Vについては、利用されるサービス・措置がある場合にご記入ください。

II⇒療養介護、III⇒施設入所支援、IV⇒グループホーム、

V⇒生活保護移行予防措置

※記入を失念してしまった場合でも、職員にて必ず減免対象か否かは確認いたしますので、ご安心ください。

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

表面上部の申請者本人以外が記入した場合には、提出者情報をご記入ください。申請者本人の場合には、チェックのみにになります。

《 家族状況の確認 》

利用者が18歳以上の場合	☐ 配偶者あり ☐ 配偶者なし
利用者が18歳未満の場合	☐ 単身赴任中の保護者あり{氏名: 生年月日: } ⇒ 1/1時点の住民票上の市区町村名: ☐ なし ※1月～6月中のサービス開始日の場合は、前年1/1時点の住民票上の市区町村

家族状況について、該当するものをチェック、またはご記入ください。