**介護給付費・訓練等給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書**

**（記載例）**

**兼世帯状況申告書兼課税状況等調査同意書**

**サービスを利用する本人の情報**

名取市長　あて

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

**【申請者情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | **ナトリ　タロウ** | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 昭和  **60**年**10**月**1**日  平成 |
| 氏名 | **名取　　太郎**  **12桁　マイナンバー** | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 住所 | 〒**981-1292** | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | **022-384-2111** |
| **名取市増田字柳田80** | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | 年　 月 　 日交付 | | | | | | | | 療育手帳 | | | | | | 年 　 月 　 日交付 | |
| 第　　　　　　　　　 　号 | | | | | | | | 第　　　　　　　　　 　号 | |
| 精神保健福祉手帳 | | | 年 月 　 日交付 | | | | | | | | 難病等 | | | | | | 疾病名： | |
| 第　　　　　　　　　 　号 | | | | | | | |

**【届出者情報】※申請者と同一の場合は記入不要です。**

**代理人が提出の場合に記載**

**（親族、関係職員、相談員、ケアマネージャーなど）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ |  | 申請者との関係 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒 | |
|  | |

**【障害支援区分認定調査について】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害支援区分の認定状況 | 有・無 | 区分：１・２・３・４・５・６ | | 有効期限 | 年　　　月　　　日まで | |
| 認定調査の希望 | 有・無 | サービス利用開始希望時期 ※希望有の場合 | | | 年　　　月　　　日から | |
| 調査に関する連絡先 | □申請者と同じ | | 氏　　名： | | | 申請者との関係： |
| □届出者と同じ | | 住　　所： | | | |
| □上記以外※右へ記載 | | 電話番号：  **障害支援区分（新規・区分変更）申請の場合に記載**  **サービスの開始希望時期、調査に関する連絡先を記載**  **連絡先には本人の生活状況が分かる方の情報を記載**  **※申請から区分取得までには1か月以上時間を要します。** | | | |

**【申請に係る障害福祉サービス等の種類】**

●介護給付費

**利用したいサービスにチェックし、利用量等を記載**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □居宅介護  （□２人介護の希望） | □身体介護　　( 　 時間/月　一回当たりの最大提供量　　 時間まで) | | | | | | | |
| □通院等介助　( 　 時間/月　一回当たりの最大提供量　　 時間まで) | | | | | | | |
| □家事援助　　( 　 時間/月 一回当たりの最大提供量　　 時間まで) | | | | | | | |
| □重度訪問介護(　　時間/月) | | □同行援護(　　時間/月) | | | □行動援護(　　時間/月) | | | □重度障害者等包括支援 |
| (□２人介護の希望) | | (□２人介護の希望） | | | (□２人介護の希望） | | |
| □療養介護　※健康保険証の写しをご提出ください | | | | (被保険者証の記号及び番号 | | | 保険者名及び番号　　　　　 　) | |
| □短期入所(　 　日/月) | | | □生活介護 | | | □施設入所支援 | | |

●訓練等給付費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □共同生活援助（グループホーム） | □介護サービス包括型（介護提供の希望　 有　・　無 ） | |
| （□体験利用）※体験日数　　　日/月 | □外部サービス利用型 (受託居宅介護の希望　有　・　無 ） | |
| ※体験利用期間(　　年　月　日～　　年　月　日) | □日中サービス支援型 | |
| □自立訓練（　□機能訓練　・　□生活訓練　・　□宿泊型自立訓練) | | |
| □就労移行支援（□養成施設以外　・　□養成施設）（直近の就労経験　　　　年　　月頃　～　　　　年　　月頃） | | |
| □就労継続支援Ａ型（　障害基礎年金１級の受給　有　・　無　） | | |
| □就労継続支援Ｂ型（　障害基礎年金１級の受給　有　・　無　）※50歳未満場合、過去の就労経験　有　・　無 | | |
| □就労定着支援　※雇用開始日等が分かる書類をご提出ください。 | | □自立生活訓練 |

●地域相談支援費等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □計画相談支援 | □地域移行支援  **計画相談の場合、担当事業所名、担当者名を記載**  **セルフプランの場合裏面の同意欄を確認の上、同意が必要となります。** | | □地域定着支援 |
| 担当相談支援事業所名 | | 担当相談支援専門員名 | |
| □セルフプラン　※裏面の同意欄を確認の上、チェックをお願いします。 | | | □ケアプラン |

**【負担上限月額に関する認定】**

|  |  |
| --- | --- |
| **☑**　Ⅰ　負担上限月額の認定にあたり、下記区分の適用を申請します。  **〇利用者の方が対象となる項目にチェックをお願いします。**  **主な対象者は下記の通りです。**  **【Ⅰ】負担上限月額の申請・・・全員が対象となります。**  **【Ⅱ】医療型個別減免の申請・・・療養介護を利用している方。**  **【Ⅲ】入所施設の食費等軽減の申請・・・施設に入所している方。**  **【Ⅳ】家賃軽減措置の申請・・・グループホームに入居している方。**  **【Ⅴ】生活保護への移行予防措置の申請・・・生活保護境界層の方。** | |
| 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：所得割１６万円未満、障害児：所得割２８万円未満）に属する者  ※　20歳未満の施設入所者は障害児として取り扱います。 | |
| * Ⅱ　医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）   　　下記のいずれにも該当す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  　　　　　　　　　　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 |
| * Ⅲ　施設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  　　　　　　　　　　２.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 |
| * 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。※境界層対象者証明書が必要となります。 | |

**【世帯状況等の申告】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 生年月日 | 続柄 | 同居・別居の別 |
| 申　請　者 | **名取　太郎** | **S60年10月1日** | **本人** |  |
| 配　偶　者 | **名取　花子** | **S60年10月1日** | 夫・妻 | 同居・別居 |

**【主治医に関すること(主治医がある場合に記載してください。)】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治医氏名 | **主治医がいる場合に記載　　　　　　　　　　　　　　　　障害支援区分の認定を申請する方は必須** | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |  | 電話番号 |

**【障害福祉サービス等のサービス利用状況】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉  サービス | 利用中のサービスの種類と内容  **その他の障害福祉サービスや介護保険のサービスを利用している場合に記載** | | |
| 介護保険  サービス | 要介護認定 | 有　・　無 | 要支援 １ ・ ２ ／ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | |

**【同意欄(同意する項目にチェックしてください。)】**

|  |
| --- |
| **☑**　１　利用者負担上限月額の認定及びその減額・免除等の認定のため、同一世帯全員の住民税額・所得額の状況について、名取市長が調査することに同意します。  **〇同意する項目にチェックをお願いします。**  **主な対象者は下記の通りです。**  **【１】全員が対象となります。**  **【２】障害支援区分の認定を申請した方。**  **【３】全員が対象となります。**  **【４】セルフプランを提出する方。** |
| **□　２**介護給付費及び訓練等給付費等(障害支援区分の認定）の支給申請にあたり、必要となる医師意見書の提出に代えて、名取市長が医師意見書の作成を医療機関に依頼することに同意します。また、医師意見書の作成を医療機関に依頼するにあたり、主治医等の求めがあった場合、過去の市町村審査会における審査判定資料及び医師意見書の全部又は一部を、医療機関等の関係人に提供することに同意します。 |
| **☑　３**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時は、障害支援区分認定に係る認定調査・概要調査の内容、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、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供することに同意します。 |
| □　４　サービスの支給決定において勘案される「サービス利用計画（案）」の作成について、相談支援事業所に依頼せず、自らサービスの調整を図ることや、指定特定相談支援事業所からモニタリングが実施されないなど、制度内容を理解した上、セルフプランによる提出を希望します。 |
| 署　名　　　　**申請者本人氏名**  (代筆者　　　**代理人が提出の場合**　　　) |