**介護給付費・障害児通所支援支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書**

**兼世帯状況申告書**

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 |  | 生年月日 | 昭和　　　　 年　　月　 日平成 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
|  |
| 申請に係る児童氏名 | フリガナ |  | 生年月日 | 平成　　　　 年　　月　 日令和 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 | 子 |
| 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。

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

**【申請に係る障害福祉サービス等の種類】**

●介護給付費

|  |  |
| --- | --- |
| □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) |
| □短期入所(　 　日/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） |

●障害児通所支援給付費

|  |  |
| --- | --- |
| □児童発達支援(　 　日/月) | □放課後等デイサービス(　 　日/月) |
| □保育所等訪問支援(　 　日/月) | □居宅訪問型児童発達支援(　 　日/月) |
| □医療型児童発達支援　※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　　　　　　) |

●計画相談支援費等

|  |
| --- |
| □計画相談支援 |
| 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。 |

**【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。
 |
| 　　 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（所得割２８万円未満）に属する者 |
| 　　 ４　市町村民税課税世帯（所得割２８万円以上）に属する者 |
| * Ⅱ　多子軽減措置に関する認定にあたり、下記区分の適用を申請します。
 |
| 　　 １　第２子に該当する者 |
| 　　 ２　第３子以降に該当する者 |
| * Ⅲ　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 | 乳幼児在園状況 |
| 申請者 |  | 年　　月　　日 | 本人 | 同居・別居 |  |
| 配偶者 |  | 年　　月　　日 | 夫・妻 | 同居・別居 |  |
| 世帯員 |  | 年　　月　　日 |  | 同居・別居 |  |
|  | 年　　月　　日 |  | 同居・別居 |  |
|  | 年　　月　　日 |  | 同居・別居 |  |
|  | 年　　月　　日 |  | 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 |  | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |  | 電話番号 |

**【その他の福祉サービス等のサービス利用状況】**

|  |  |
| --- | --- |
| その他福祉サービス | 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。 |
| □　２　障害児支援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、通所利用に関する意向聴取の内容、及び医師意見書の全部又は一部を、指定障害児相談支援事業者、障害児通所事業者、指定障害児入所施設又は、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。 |
| □　３　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、指定障害児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。 |
| □　４　障害児通所支援サービス等の支給決定にあたり、必要な範囲において、私及び家族の個人情報について、関係機関(保健センター、こども支援課等)に照会・調査を及び関係機関から情報提供を受けることに同意します。 |
| 署　名　　　　　　　　　　　　　　　　　(代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　) |