

### 障害福祉サービス支給等申請書

職員記入欄(記入不要)

新規 変更 更新( 月切れ)

【セ 計 併 額】

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  
計画相談支援給付費・支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書兼収入等申告書

八王子市福祉事務所長 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		生年月日	明治 大正	年 月 日	歳
	氏名	個人番号:		昭和 平成		
支給申請に係る児童氏名	居住地	〒	生年月日	令和 平成	年 月 日	歳
				続柄		
障害等の種別		<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 左記以外

利用者状況	介護保険	要介護認定 有・無	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	
	利用中の障害福祉関係サービス又は介護保険サービスの種類と内容等				申請に係る具体的内容 (利用事業所名・利用日数 利用開始日等)
申請するサービス	区分	介護給付費	区分	訓練等給付費	
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護(ヘルパー)	その他系	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <small>障害基礎年金1級 □有□無</small>	
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 生活介護	日中活動系	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	居住系	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) 通過型・滞在型 地域移行型・サテライト型			
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援				
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援				
主治医	主治医の氏名		医療機関名		
	所在地	〒	電話番号		

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、八王子市から指定特定相談支援事業者、指定児童相談支援事業者、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。

また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することを承諾します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

利用者負担上限月額の設定について、下記の区分の適用を申請します。	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 (所得割額の合計が16万円未満の者) (児童は28万円未満の者)
申請する減免の種類	療養介護 医療型個別減免に関する認定について、下記のいずれにも該当するため申請します。 <input type="checkbox"/> 療養介護利用者であること (年令 才) <input type="checkbox"/> <20歳以上の方のみ> 市町村民税非課税世帯
	施設入所 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)について、下記に該当するため申請します。 <input type="checkbox"/> 施設入所者であること(年令 才) <input type="checkbox"/> <20歳以上の方のみ>市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯
	共同生活援助 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)について、下記に該当するため申請します。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯
<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※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。	

本人が18歳以上の場合は配偶者、18歳未満の場合は世帯全員を以下に記入してください。					
	氏名	生年月日	本人との関係	同居/別居	(別居の場合のみ)住所及び個人番号
世帯の状況等	申請者			同居/別居	
	世帯員			同居/別居	住所: 個人番号:
				同居/別居	住所: 個人番号:
				同居/別居	住所: 個人番号:

**【療養介護】【施設入所支援】**の申請者で(医療型個別減免・補足給付)を申請する場合のみ記入してください。

該当するにチェックをし、あり の場合はその証明書等を申請書に添付してください。

令和二年中の収入状況	区分	種類	あり/なし	種類	あり/なし
	収入(年収)	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者給付金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		工賃等収入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の収入( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他	仕送り収入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	不動産等による家賃収入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		その他の収入( )			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
必要経費	租税( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	社会保険料( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

**【療養介護】**の申請者のみ 加入している医療保険等 ※「保険証」及び「標準負担額減額認定証」のコピーも添付してください。

被保険者証の記号及び番号	保険者名および番号
--------------	-----------

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)	
フリガナ	続柄	住所
氏名		電話番号

(記入上の注意)

収入の証明書等、サービスの申請に必要な書類については、この申請書に必ず添付してください。また、書ききれない事項がある場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。不実の申告をした場合、関係法令により処罰されることがあります。