第1号様式(第5条、第20条関係)

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
 ・障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

多摩市福祉事務所長 殿
 次のとおり申請します。

新規 更新
 申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号:			印	年 月 日	
	居住地	〒				電話番号	
申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外		氏名	申請者との関係			
	住所	〒		電話番号			
フリガナ				生年月日	年 月 日		
支給申請に係る障がい児氏名		個人番号:		続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳(愛の手帳)番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病等	
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援(A型・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(※)			保険者名及び番号(※)				

※「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、肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入すること。

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	非該当	1	2	3	4	5	6	有効期間	
	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		
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等 ☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 居宅訪問型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援											
	利用中のサービスの種類と内容等 ☐ 居宅介護 ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所 ☐ 生活介護 ☐ 就労継続支援(A・B型) ☐ 就労移行支援 ☐ 共同生活援助 ☐ 計画相談支援 ☐ その他												

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
		障害福祉サービス		障害児通所支援	
		介護給付費	訓練等給付費	障害児通所給付費	
訪問系・その他	訪問系・その他	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	☐ 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)	※共同生活援助の申請をする場合に記入すること。 1 希望する事業所の種類 ☐ 介護サービス包括型 ☐ 外部サービス利用型 2 介護の提供の希望 ☐ 有 ☐ 無
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	☐ 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。)	
		☐ 同行援護		☐ 放課後等デイサービス	
		☐ 行動援護		☐ 居宅訪問型児童発達支援	
		☐ 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	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)		
	☐ 就労継続支援(B型)				
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助(グループホーム)			
地域相談支援	地域相談支援	☐ 地域移行支援			
		☐ 地域定着支援			

同意書(同意されない方は当該部分を2本線で削除してください。1について同意されない方は必要書類を添付してください。)

- 1 支給決定に必要な住民票・課税証明等に替えて、私と支給決定に必要な同一世帯の多摩市に登録されている住民記録・税情報等を調査することについて同意します。
- 2 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多摩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、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。(介護給付費・訓練等給付費申請者のみ該当)
- 3 障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の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、多摩市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提供することに同意します。(障害児通所給付費申請者のみ該当)

申請者氏名(自署又は記名押印) _____ 印

主治医(※)	主治医の氏名 (フルネーム)		医療機関名	
	所在地	〒		電話番号

(※)主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって、入浴、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。)を申請する場合記入すること。

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。 (当てはまるものに○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、a又はbのうち当てはまるものに○をつける。) a 合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計が80万円以下の者 b a以外の者 3 市町村民税課税世帯(障がい者：所得割16万円未満、障がい児：所得割28万円未満) ※18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障がい者の「世帯」の範囲は <u>「障がいのある方及び同一の世帯に属する配偶者」</u> です。	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること(年齢 才) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給者世帯の者	<20歳未満の方> 1 療養介護利用者であること(年齢 才)
	☐ III 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食事軽減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<20歳以上の方> 1 施設入所者(注1)であること(年齢 才) 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(注1)であること(年齢 才)
	☐ IV グループホーム入居者(注2)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の者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。		
☐ 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子に以降に該当する者 ※通園(通所)証明書が必要となります。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
 (注1) 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)
 (注2) 対象事業所は、共同生活援助(グループホーム)