

<記入例（成人用）>

申請者がサービスを利用したい場合

負担額減額・免除等申請書)
負担額減額・免除等申請書)

地域相談支援給付費支給申請書

(宛先)野田市長

次のとおり申請します。

申請年月日 〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	ふりがな	のだ たろう		生年月日	昭和50年 5月 5日		
	氏名	野田 太郎 個人番号(111122223333)					
	居住地	278-8550 野田市鶴奉7番地の1		電話番号 7125-1111			
	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	支給申請に係る児童氏名	個人番号()		続柄			
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号	12345	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(※)	
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者」欄を
合記入すること。

初めての申請で介護保険の認定を受けていない方は「無」に〇をつけてください。

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) ← 区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	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

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	
	訪問系その他	介護給付費			訓練等給付費
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 同行援護			
		<input type="checkbox"/> 短時間			
		<input type="checkbox"/> 療育			
		<input type="checkbox"/> 生活			
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)
		<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援				
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援				

記入例
申請するサービスは窓口でご相談ください。

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及び概況調査の内容、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及び意見並びに医師意見書の全部又は一部を、野田市から指定相談支援事業者、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示することに同意するとともに、介護給付費等支給決定の内容を、野田市から指定特定相談支援事業者に提供することに同意します。

※自署の場合、印は不要です。 申請者氏名 野田 太郎

定期通院している場合、ご記入ください。

(裏面)

主治医 (※)	主治医の氏名	〇〇医師	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒278-〇〇〇〇 野田市鶴奉〇〇番地		
電話番号 7125-〇〇〇〇				

(※)主治医の欄は、介護給付費、訓練給付費（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。）に入院しているものに限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 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○を付ける。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 中国残留邦人等支援給付受給世帯 3 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にあてはまる方に○を付ける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 4 <small>(世帯主が市町村民税非課税世帯に属する者、世帯中に市町村民税非課税世帯に属する者がいる世帯)</small> に属する者	
	<div style="border: 3px double black; padding: 10px;"> <h2 style="margin: 0;">提出前にご確認ください</h2> <p style="margin: 5px 0;">1. 表面の右下に申請者の記名はお済ませですか？</p> <p style="margin: 5px 0;">2. 裏面の右下に申請者の記名はお済ませですか？</p> </div>	
	<input type="checkbox"/> II 療養介護施設等の食料費の減免 下記に該当するため、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)	
	<input type="checkbox"/> III (20歳以上の方) 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	<input type="checkbox"/> III (20歳未満の方) 施設入所者であること。(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> 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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注)対象事業所は、共同生活援助(グループホーム)	
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置及び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(□定率負担減免措置 □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。		

1 この申請書には、次の書類を
 (1) 上記の事実確認を確認できる
 は、添付を省略することができます。

支給決定に必要な情報を市職員が確認することに同意いただくことで、必要書類を省略できる場合があります。※自署の場合、印は不要です。

同意書	上記の事実関係を、野田市保有の公簿等により市の職員が確認することに同意します。 <div style="text-align: right;"> 申請者氏名 野田 太郎 印 </div>
-----	---