

＜記入例（成人用）＞
申請者がサービスを利用したい場合

特別給付費 地域相談支援給付費)
減額・免除等申請書

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	のだ たろう	個人番号	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	氏名	野田 太郎	生年月日	昭和50年 5月 5日											
	居住地	〒278-8550 野田市鶴奉7番地の1													
			電話番号	04-7125-1111											

フリガナ														
支給申請に係る児童氏名														
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号												
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援のサ														

区分の認定を受けている場合は、認定内容を記載してください。区分の認定を受けていない場合は、「無」と記載してください。

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	区分	区分3	有効期間	R6.12.1~R9.11.30
	介護保険サービス	要介護認定	有	要介護度	要介護1		

要介護認定を受けている場合は、認定内容を記載してください。要介護認定を受けていない場合は、「無」と記載してください。

申請するサービス	区分	サ													
	訪問系・その他	介護給付費													
		<input type="checkbox"/> 居宅介護													
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護													
		<input type="checkbox"/> 同行援護													
		<input type="checkbox"/> 行動援護													
	訓練系・就労系 日中活動系	<input type="checkbox"/> 短期集中型													
		<input type="checkbox"/> 療育型													
		<input type="checkbox"/> 生活型													
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）													
<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型															
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は必要があるときは、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、野田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、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の關係人に提示することに同意します。

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。

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 04-7125-〇〇〇〇

(※) 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	<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。 (あてはまるものに○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、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80.9万円以下のもの ② ①以外の者 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者:所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定	
	<input type="checkbox"/> III (注) 〇〇歳未満の児童(年齢 歳)	
	<input type="checkbox"/> III (注) 〇〇歳未満の児童(年齢 歳)	
	<input type="checkbox"/> III (注) 〇〇歳未満の児童(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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> 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。		

提出前にご確認ください

1. 表面の右下に申請者の記名はお済ませですか？

2. 裏面下部の申請書提出者の欄の記入はお済ませですか？

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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	野田 花子	申請者との関係	妻
住所	〒278-8550 野田市鶴奉〇〇番地の〇		
電話番号 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇			