

野田市告示第 1 6 5 号

野田市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成 1 8 年野田市規則第 2 6 号）の施行に関し必要な様式のひな型のうち、次の様式を別紙のとおり改め、令和 8 年 7 月 1 日から適用する。

- 1 （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）
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書
- 2 （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）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書
- 3 野田市自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定（再認定、変更認定）
申請書

令和 8 年 7 月 3 日

野田市長 鈴木 有

(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)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(宛先) 野田市長

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		個人番号													
	氏 名		生年月日	年 月 日												
	居 住 地	〒 電話番号														
フリガナ			個人番号													
支給申請に係る 児 童 氏 名			生年月日	年 月 日												
			続 柄													
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					疾病名							
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）																

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			有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	要介護認定		要介護度		
		利用中のサービスの種類と内容等				

申請するサービスの 詳細	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護	☐ 就 労 選 択 支 援	
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	訓練系・就労系 日中活動系	☐ 短 期 入 所	☐ 自立訓練（機能訓練）	
		☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）	
		☐ 生 活 介 護	☐ 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 移 行 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

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関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		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。 （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 82.65 万円以下のもの ②①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	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、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 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	☐ III 施設入所者（注）に対する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） 下記のいずれにもあてはまるため、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）	
	〈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	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）
	☐ 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。	
☐ 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。		

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	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

(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)
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

(宛先) 野田市長

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			個人番号													
	氏 名			生年月日	年 月 日												
	居 住 地	〒		電話番号													
フリガナ				個人番号													
支給申請に係る 児 童 氏 名				生年月日	年 月 日												
				続 柄													
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				疾病名									
障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）																	

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			有効 期間		
		利用中のサービスの種類と内容等					
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	要介護認定		要介護度			
		利用中のサービスの種類と内容等					

変更の理由																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
		介護給付費			訓練等給付費			
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護			☐ 就 労 定 着 支 援			
		☐ 重 度 訪 問 介 護			☐ 自 立 生 活 援 助			
		☐ 同 行 援 護			☐ 就 労 選 択 支 援			
		☐ 行 動 援 護						
		☐ 重度障害者等包括支援						
	訓練系・就労系 日中活動系	☐ 短 期 入 所			☐ 自 立 訓 練（機能訓練）			
		☐ 療 養 介 護			☐ 自 立 訓 練（生活訓練）			
		☐ 生 活 介 護			☐ 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 移 行 支 援							
	☐ 地 域 定 着 支 援							

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関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		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。 （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 82.65 万円以下のもの ②①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	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、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 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	☐ III 施設入所者（注）に対する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） 下記のいずれにもあてはまるため、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）	
	〈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	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）
	☐ 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。	
☐ 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。		

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	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

(表面)

野田市自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定(再認定、変更認定)申請書

(宛先)野田市長

次のとおり自立支援医療費(育成医療・更生医療)の支給認定(再認定、変更認定)を申請します。

申請者氏名

		申請年月日		年	月	日					
受診者	ふりがな					生 年 月 日					
	氏 名					年 月 日					
	住 所					電話番号					
	個人番号										
保護者(受診者が18歳未満の場合記入してください。)		ふりがな					続柄				
		氏 名									
		住 所									
		個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険者名					
	受診者と同一保険の加入者										
	受診者と同一保険の加入者個人番号										
	該当する所得区分※1	生保	残留邦人	低1	低2	中間1	中間2	重度かつ継続※2	該当	非該当	
身体障害者手帳番号											
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	種別	医 療 機 関 名				所 在 地 ・ 電 話 番 号					
	病院・診療所										
	薬局										
	訪問看護										
受給者番号 ※3											

※1 裏面を参照し、該当すると思う部分に○をしてください。

※2 裏面を参照し、該当すると思う部分に○をしてください。

※3 再認定又は変更の方のみ記入してください。

※4 上記の事実関係を確認できる書類を添付してください。(下記同意書の記入により、公簿等による確認ができるときは、添付を省略することができます。)

同意書	上記事実関係を、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。 申請者氏名 (印)
-----	--

注 変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

※ 野田市記入欄

申請受付年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保 残留邦人 低1 低2 中間1 中間2 一定以上	重度かつ継続	該当 非該当
今回所得区分	生保 残留邦人 低1 低2 中間1 中間2 一定以上	重度かつ継続	該当 非該当

所得確認書類	☐ 市町村民税課税証明書 ☐ 市町村民税非課税証明書 ☐ 標準負担額減額認定証 ☐ 生活保護受給世帯の証明書 ☐ 中国残留邦人等支援給付支給決定を証明する本人確認証 ☐ その他収入等を証明する書類()		
	前回の受給者番号		今回の受給者番号
備考			

(裏面)

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 1 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受けていますか。
 - ・受けている : 「生保」又は「残留邦人」のいずれかに○をしてください。
 - ・受けていない : 2へ
- 2 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税(均等割か所得割のいずれか又は両方)が課税されていますか。
 - ・課税されていない : 3へ(市町村民税非課税証明書をご用意ください。)
 - ・課税されている : 4へ(市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。)
- 3 自立支援医療を受診する方の収入が82.65万円以下ですか。(自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ82.65万円以下ですか。)
(※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額)
 - ・82.65万円以下 : 「低1」に○をしてください。
 - ・82.65万円を超える : 「低2」に○をしてください。
- 4 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料を納付している方が納めている市町村民税額(所得割のみ)は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ・市町村民税額(所得割) 3万3千円未満 : 「中間1」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割) 23万5千円未満 : 「中間2」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割) 23万5千円以上 : 「一定以上」に○をしてください。
- 5 「重度かつ継続」(※下記参照)に該当しますか。
 - ・該当する : 「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
 - ・該当しない : 「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- ①心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る。)、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る。)、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
- ②医療保険の高額療養費で多数該当の方

← 一定所得以下			← 中間的な所得		← 一定所得以上	
← 生保 →	← 残留邦人 →	← 「低1」 →	← 「低2」 →	← 「中間1」 →	← 「中間2」 →	→ 「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・ 負担限度額)	
			重 度 か つ 継 続			
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円	

