

介護給付費 障害児通所給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費 地域生活支援事業  
支給申請書 兼 利用者負担上限月額減免等申請書

申請年月日 年 月 日

西宮市長

次のとおり申請します。

【申請の内容】 新規 継続 変更（追加）

なお、本申請による支給決定期間が3ヶ月以内の場合、支給期間終了時における継続申請・利用者負担上限月額の見直しが本申請を兼ねる。

また、介護給付費等のサービスの利用者負担上限月額の認定等に際し、必要がある時は、西宮市が私及び世帯の収入状況について資料その他公募等により調査することに同意します。

サービス等利用計画、障害児支援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、障害支援区分認定および支給決定等に係る資料の全部又は一部を西宮市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、障害者支援施設若しくは障害児通所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	(フリガナ) 氏名 (18歳未満の場合はその保護者)	生年月日	年	月	日
	個人番号	年齢	歳		
	居住地	電話番号			
	※以前、生活支援課にマイナンバー関係書類を提出した方、令和3年1月1日現在、西宮市に住所を有している方は記入不要です。				
支給申請に係る児童 (18歳未満) 氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日
	個人番号	年齢	申請者から 歳	みた続柄	
	※以前、生活支援課にマイナンバー関係書類を提出した方、令和3年1月1日現在、西宮市に住所を有している方は記入不要です。				
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	疾患名 (難病患者等)		
被保険者証の記号及び番号(※1)			保険者名及び番号(※1)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援サービスを申請する者に限る。)					有・無

※1 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者及び番号」欄は、療養介護または医療型児童発達支援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	障害支援区分認定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 非該当・区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 利用中のサービスの種類と内容等
	介護関係サービス	要介護認定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 非該当・要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2・要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等

申請するサービスの種類・内容	区分	サービスの種類			
		介護給付費	訓練等給付費	地域生活支援事業	障害児通所支援
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 児童発達支援
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス
		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 生活支援事業	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練・生活訓練)	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援(※1)
		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(□養成施設)	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護(※1)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型)	備考欄：申請に係る具体的内容・変更の理由等	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		
			<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
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)			
		詳細を右の備考欄に記入(※2)			
談地支援相	<input type="checkbox"/> 地域移行支援				
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援				

※2 共同生活援助(グループホーム)申請する場合は、希望する事業所の種類(介護サービス包括型と外部サービス利用型の別)及び入浴、排せつ又は食事等の介護を提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載してください。

(裏面に続きます)

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> <b>I</b> 上限負担月額に関する認定 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。いずれもあ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、障害基礎年金等の収入が80万円以下の者 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:所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> <b>II</b> 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)
	<input type="checkbox"/> <b>III</b> 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付(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)
	<input type="checkbox"/> <b>IV</b> グループホームへ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"/> <b>V</b> 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)に関する認定 生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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が必要になります。		
<input type="checkbox"/> <b>VI</b> 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子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となる場合があります。		

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してください。

届出者	区分	<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)			
	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 —	電話番号	— —