

(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

西宮市長

次のとおり〔 継続 変更(追加) 〕申請します。また、以下に記載されている同意事項に同意します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
	氏名 (児童の場合はその保護者)	[印]	年 齢	歳		
	居住地	〒	電話番号			
	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名		年 齢	歳	申請者からみた続柄	
身体障害者手帳番号	第 号	療育手帳番号	第 号	精神保健福祉手帳番号	第 号	号
被保険者証の記号及び番号(1)			保険者名及び番号(1)			

同意事項

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の際し、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の公簿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、障害程度区分認定等に係る資料等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。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害程度区分認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	年 月 ~ 年 月		
	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 医療型児童発達支援 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援												

<変更する場合の理由>

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	
	訪問系・その他	居宅介護	/	/	移動支援事業 日中一時支援事業 生活支援事業
		重度訪問介護			
		同行援護			
		行動援護			
		短期入所			
		重度障害者等包括支援			
	日中活動系	生活介護	自立訓練(機能訓練・生活訓練)	/	備考欄：申請に係る具体的内容等
			就労移行支援(養成施設)		
			就労継続支援(A型・B型)		
	居住系	共同生活介護(ケアホーム)	宿泊型自立訓練	/	備考欄：申請に係る具体的内容等
施設入所支援		共同生活援助(グループホーム)			
療養介護(1)					
地域相談支援	地域移行支援	/	/	備考欄：申請に係る具体的内容等	
	地域定着支援				
障害児通所支援	児童発達支援	放課後等デイサービス	/	備考欄：申請に係る具体的内容等	
	医療型児童発達支援(1)	保育所等訪問支援			

1 「療養介護」または「医療型児童発達支援」を申請する場合は、必ず健康保険証の写しを添付してください。

(裏面に続きます)

【申請する減免の種類】	所得区分認定	<p>利用者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。</p> <p><利用者本人が18歳以上のとき> 入所施設利用の場合は20歳以上</p> <ol style="list-style-type: none"> 生活保護受給世帯 申請者及び配偶者が市町村民税非課税である 申請者または配偶者に市町村民税が課税されており、課税されている者の所得割合計額が16万円未満の者 申請者または配偶者に市町村民税が課税されており、課税されている者の所得割合計額が16万円以上の者 <p><利用者本人が18歳未満のとき> 入所施設利用の場合は20歳未満</p> <ol style="list-style-type: none"> 生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯に属する者である 市町村民税課税世帯に属する者であって、課税世帯員の所得割合計額が28万円未満の者 市町村民税課税世帯に属する者であって、課税世帯員の所得割合計額が28万円以上の者 						
	医療型個別減免	<p>↓ 下記の要件に該当し、医療型個別減免(療養介護利用者)の申請をする場合は にチェックしてください</p> <p>医療型個別減免(療養介護利用者)に関する認定 下記の要件にあてはまるため、医療型個別減免を申請します</p> <table border="1"> <tr> <td><20歳以上の方></td> <td><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td>1.療養介護利用者である</td> <td>1.療養介護利用者である</td> </tr> <tr> <td>2.上記「所得区分認定」において、 2に該当する</td> <td></td> </tr> </table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1.療養介護利用者である	1.療養介護利用者である	2.上記「所得区分認定」において、 2に該当する	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>						
	1.療養介護利用者である	1.療養介護利用者である						
2.上記「所得区分認定」において、 2に該当する								
入所施設の食費等軽減 特定障害者特別給付費	<p>↓ 下記の要件に該当し、特定障害者特別給付費(補足給付)の申請をする場合は にチェックしてください</p> <p>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) 下記の要件にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します</p> <table border="1"> <tr> <td><20歳以上の方></td> <td><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td>1.施設入所者(障害者支援施設)である</td> <td>1.施設入所者(障害者支援施設)である</td> </tr> <tr> <td>2.上記「所得区分認定」において、 1又は 2に該当する</td> <td></td> </tr> </table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1.施設入所者(障害者支援施設)である	1.施設入所者(障害者支援施設)である	2.上記「所得区分認定」において、 1又は 2に該当する		
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>							
1.施設入所者(障害者支援施設)である	1.施設入所者(障害者支援施設)である							
2.上記「所得区分認定」において、 1又は 2に該当する								
G H等家賃軽減	<p>↓ 下記の要件に該当し、特定障害者特別給付費(補足給付)の申請をする場合は にチェックしてください</p> <p>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) 下記のいずれの要件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</p> <ol style="list-style-type: none"> 共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)利用者である 上記「所得区分認定」において、 1又は 2に該当する 							
移行予防護	<p>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 (定率負担減免措置 補足給付の特例措置) の認定を申請します。 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。</p>							

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、介護給付費を申請する場合に記入すること。

届出者	区分 (フリガナ)	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