

(介護給付費 障害児通所給付) **申請書記入例(表面)** (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) 氏名 (児童の場合はその保護者)	ニシノミヤ イチロウ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名	西宮 一郎		年齢	歳
居住地	〒	西宮市 町 番 号		電話番号	
	(フリガナ) 支給申請に係る児童氏名			生年月日	年 月 日
身体障害者手帳番号	兵阪南 第 号	療育手帳番号	兵庫県 第 号	申請者からみた続柄	
被保険者証の記号及び番号(1)		被保険者証の記号及び番号(1)		精神保健福祉手帳番号	兵庫県 第 号

**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者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	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 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						
	訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費			地域生活支援事業		
		居室介護	/			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)					
			<input checked="" type="checkbox"/> 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					
施設入所支援		共同生活援助(グループホーム)						
療養介護(1)								
地域支援系	地域移行支援	/						
	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						
	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)

**申請理由**

障害福祉サービスの申請理由に☑チェックします。  
有効期間の更新のみ行う場合は「継続」に、前回申請内容から変更のある場合及び障害福祉サービス追加支給申請をする場合には「変更(追加)」に☑チェック。

**申請者**

障害者本人の氏名、生年月日、居住地などを記入します。  
ただし、障害児(18歳未満)の場合は、障害児の保護者が申請者となります。

**利用者(児童)** サービス利用者本人が18歳以上の場合は、この欄の記入は不要です。

障害福祉サービス利用者が児童(平成24年7月1日時点で18歳未満)の場合、児童の氏名、生年月日、続柄などを記入してください。

**障害者手帳**

現在所持している手帳の番号を記入します。  
身体障害者手帳と療育手帳の両方の手帳を所持している方など複数の手帳を所持している方は、それぞれの手帳番号の記入をお願いします。

**健康保険**

現在加入している健康保険証の被保険者記号番号を記入します。  
「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。

**同意書**

(平成24年1月1日現在、西宮市に住所を有していない方については、平成24年1月1日現在の住所地での市町村民税の課税証明が必要です。)  
利用者負担上限月額の認定のために必要ですので、内容をご確認いただけますようお願いいたします。  
同意がいただけない場合は、申請者及び申請者の属する世帯全員の課税証明等、別途添付書類が必要となります。

の申請理由で「継続」にチェックした場合、記入不要です。

**サービス利用の状況**

障害程度区分認定、介護認定を受けておられる方は、それぞれ「有」に☑チェックし、該当する「区分」又は「要介護度」に☑チェックしてください。  
また、現在利用している障害福祉サービス及び介護保険サービスの種類等を記入してください。

**障害児通所支援**

利用中のサービスに☑チェックします。

**変更理由**

申請理由が変更(「変更(追加)」に☑チェック)の場合、その変更理由を記入してください。

**申請する支援の種類・内容**

申請を希望するサービスに☑チェックします。  
『自立訓練』を申請する場合は「機能訓練」か「生活訓練」の一方を、「就労継続支援」を申請する場合は「A型」か「B型」の一方を丸で囲んでください。  
『就労移行支援』を申請する場合に、養成施設での支援を希望する場合は、さらに『養成施設』に☑チェックしてください。

申請書記入例(裏面)

【申請する減免の種類】	所得区分認定	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <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 1. 生活保護受給世帯 2. <input checked="" type="checkbox"/> 申請者及び配偶者が市町村民税非課税である 3. 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 4. 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 <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 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である 3. 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 4. 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	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 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 <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	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 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 <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
	GH等家賃軽減	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 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 1. 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 2. 上記「所得区分認定」において、 1又は 2に該当する
移行生活保護	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。	

所得区分認定

サービス利用者本人が18歳以上のときは、申請者及び配偶者の市町村民税の課税状況や生活保護受給の有無に応じて、該当する区分(1～4)にチェックしてください。

サービス利用者本人が18歳未満のときは、申請者(障害児の保護者)の属する世帯の課税状況や生活保護受給の有無に応じて、該当する区分(1～4)にチェックしてください。

医療型個別減免(療養介護利用者のみ)

「所得区分認定」で 2に該当する方で、減免申請される方はチェックしてください。なお、その際、申請者の収入額等のわかる書類が必要です。

特定障害者特別給付費

20歳以上の施設入所者で、かつ「所得区分認定」で 1又は 2に該当する方、又は20歳未満の施設入所者で、施設利用に係る食費・光熱水費の実費負担の軽減を申請される方はチェックしてください。なお、その際、申請者(20歳未満の場合、監護する者)の収入額等のわかる書類が必要です。

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、かつ「所得区分認定」で 1又は 2に該当する方で、施設利用に係る家賃の実費負担の軽減を申請される方はチェックしてください。

生活保護への移行予防措置

障害福祉サービス利用に伴う利用者負担を負担することで生活保護の受給対象となる場合に、生活保護の適用対象でなくなるまで負担上限月額区分を下げる制度です。  
減免認定を希望される方は事前に地区担当ケースワーカーまでご相談ください

主治医 ( )	主治医の氏名	医療機関名	病院
	所在地	〒 県 市 町 丁目 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。

主治医

「継続」にチェックした場合、記入不要です。  
障害程度区分の認定がない方で新たに「介護給付費」のサービスを申請する場合は、医師の意見書が必要となりますので、主治医の氏名等を記入してください。

届出者	区分 (フリガナ)	申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) ニシノミヤ タロウ	申請者 との関係	父
	氏名	西宮 太郎		
	住所	〒 西宮市 町 番 号 電話番号		

届出者

申請者本人以外にチェックをされた方のみ住所・氏名等を記入してください。