

申請書記入例（表面）

(様式第 1 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申請書
兼 計画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

徳島市長 様

次のとおり申請します。

【太枠内をご記入ください】

申請者（保護者）	フリガナ			申請年月日	令和 年 月 日				
	氏 名	1		受給者証番号 （更新の場合のみ）					
	居住地	〒 徳島県徳島市			生年固日	大・昭・平・令 年 月 日			
		グループホーム名又は入所施設名：			個人番号				
フリガナ		(児童氏名) 2		続柄	平・令 年 月 日				
児童氏名 ※利用者が18歳未満の場合のみ				個人番号					
身体	身体障害者手帳	有・無	3	精神障害者保健福祉手帳	有・無	＜療養介護を申請する場合＞			
知的	療育手帳	有・無		自立支援医療受給者証 (精神通院医療)	有・無	負担限度額認定証※ ※写し提出必要	有・無		
難病	指定難病受給者証※	有・無		精神	障害年金証書※	有・無	＜就労継続支援B型を申請する者に限る＞		
	医師の診断書（難病）※	有・無			医療機関の診断書※ (ICD-10コードの記載あり)	有・無	障害基礎年金1級※ ※受給がわかる書類の提出必要	有・無	
※を事由に申請する場合は原本又は写しの提出必要									
サービス 利用状況	障害福祉	障害支援区分	有・無	区分 1・2・3・4・5・6			有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等：							
	介護保険	要介護認定	有・無	非該当	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等：							
【 同 意 書 】									
障害福祉サービス利用者負担額の減額・免除等の決定に必要な場合は、申請に係る、世帯状況、所得の課税状況、生活保護受給状況、年金受給状況、特別児童扶養手当等受給状況、健康保険加入及び保険料納付状況、介護保険加入及び負担額等の状況、その他必要な事項を徳島市長が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。 また、サービス等利用計画、居宅サービス計画、介護予防サービス計画、介護予防計画を作成するため必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、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、サービス契約及び利用状況を徳島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、指定一般相談支援事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者の関係人に提示・報告することに同意します。									
申請者氏名 (署名又は記名押印)									
医師意見書の依頼先※	※定期的に通院している医療機関を記載してください（障害支援区分の認定が不要な場合は記入不要）								
	主治医の氏名		医療機関名	5	電話番号				
	所在地	(※市区町村まで可)			＜市記入欄＞				
	通院状況	□定期（最終受診日： 年 月頃） □受診無し □入院中							
申請するサービス	【介護給付費】		【訓練等給付費】		【計画相談支援】				
	□居宅介護 □身体介護 □通院等介助 □家事援助 □通院等乗降介助		□自立訓練（機能訓練） □自立訓練（生活訓練） □宿泊型自立訓練		□計画相談支援 □ケアプラン(介護) □セルフプラン		＜事業所名＞		
	□重度訪問介護		□就労選択支援		<<裏面へ続く>>				
	□同行援護		□就労移行支援						
	□行動援護		□就労移行支援（養成施設）		市記入欄				
	□療養介護		□就労継続支援A型						
	□生活介護		□就労継続支援B型						
	□短期入所		□就労定着支援						
	□重度障害者等包括支援		□自立生活援助		<必要書類>				
	□施設入所支援		□共同生活援助（グループホーム）						
【地域相談支援給付費】		□本入居 □体験利用							
□地域移行支援		＜利用予定施設名＞							
□地域定着支援									

①
申請日 申請日を記入してください。
受給者証番号 更新申請の場合、現在の受給者証番号を記入してください。
申請者 児童の保護者が申請者となります。
保護者の氏名、生年月日、個人番号、居住地、連絡先を記入してください。
※ただし、サービスを利用する児童が18歳以上の場合は、児童の氏名を記入してください。

②児童氏名 サービスを利用する児童の氏名、生年月日、個人番号を記入してください。
※ただし、サービスを利用する児童が18歳以上の場合は記入不要です。

③障害者手帳等 現在所持している手帳等の有無を記入してください。
※複数所持している場合は、それぞれに有無を記入してください。

④同意書 児童の保護者（申請者）の氏名となります。

※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書等の書類を別途提出いただきます。

⑤医師意見書の依頼先
18歳以降も障害福祉サービスを利用する場合は記入が必要です。

⑥申請するサービス
【介護給付費】利用するサービスに☑をしてください。
【計画相談支援】サービス等利用計画案の作成を依頼する相談支援事業所を記入してください。

【申請者の収入状況、世帯の状況】申請書記入例（裏面）申告してください

申請者の収入状況	(1) 生活保護受給の有無（有の場合、(2)以下は記入不要）			有 ・ 無	
	(2) 合計所得金額の合計※ ※療養介護、施設入所支援を申請する場合のみ(2)～(4)を記入してください			7円	
	(3)収入※	区分	種類		収入額
		稼得等収入	障害年金等（基礎・厚生・共済）、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族年金（基礎・厚生・共済）、老齢年金（基礎・厚生）等		円
			手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）		円
			工賃等収入		円
			その他の収入（ ）		円
仕送り収入、不動産等による家賃収入、その他の収入（ ）			円		
(4)必要経費※	種類	内容		金額	
	租税			円	
	社会保険料			円	

（記入上の注意）収入のうち証明書等がある場合、この申請書に添付してください。また、不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

世帯の状況		氏名	生年月日	続柄	市民税の状況
	申請者（受給者）	8	T・S・H・R	本人	☐ 課税 ☐ 非課税
	配偶者（有・無）		T・S・H・R	夫・妻	☐ 課税 ☐ 非課税
	配偶者の住所が申請者と同じ住民票に記載のない場合は記入 住所：				
	世帯員		T・S・H・R		☐ 課税 ☐ 非課税
			T・S・H・R		☐ 課税 ☐ 非課税

無収入の理由	年	氏名（収入の無い18歳以上の世帯員）	該当する項目に○をつける	無収入の理由
	令和（ ）年中	9	1・2・3・4・5（ ）	1 生活保護
			2・3・4・5（ ）	2 障害年金・遺族年金・労災・失業保険
			2・3・4・5（ ）	3 学生 4 無職
			1・2・3・4・5（ ）	5 被扶養者（扶養者氏名： ）

【申請する減免の種類に☑、○をしてください】

いずれも、事実確認をできる書類を添付してください。（ただし、所得の課税状況等の調査に同意している場合は記載・添付は不要。）

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。 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、①又は②のあてはまる方に○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 ② ①以外のもの 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
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記ののあてはまるため、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（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）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。

【申請時に本人確認に必要な書類を提示してください（郵送の場合：写しの添付必要）】

提出者	☐ 申請者本人（下欄に記載不要） ☐ 申請者本人以外				
氏 名		申請者との関係	11	電話番号	
住 所	☐ 申請者と同じ（記載不要） 〒				

市記入欄	本人確認	1点	☐ 障害者手帳（身・知・精） ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 職員証・介護支援専門員証（事業所の方のみ） ☐ その他（ ）
		2点	☐ 受給証（障・児・地・医・重） ☐ 資格確認書（国保・社保・共済・後期・健保組合） ☐ 介護（被保険者証・割合証）
			☐ 年金（手帳・証書） ☐ 開取 ☐ その他（ ）

⑦生活保護受給の有無 生活保護の受給の有無について、○をしてください。
※(2)～(4)の記入については不要です。

⑧配偶者の有無 配偶者の有無に☑をしてください。
※配偶者が有りだが、単身赴任等により申請者と同じ住民票に記載が無い場合は、住所を記入してください。

⑨市民税の申告状況 18歳以上の世帯員で市民税が未申告な場合は記入してください。
※世帯員に給与所得又は公的年金等所得以外の所得があるにもかかわらず市民税の申告をしていない者（所得税の確定申告をされた方は除く。）については、事前に市民税課で申告してください。

⑩所得認定区分 該当する区分に☑、○をしてください。

⑪本人確認に必要な書類の提示 提出者に☑をしてください。
申請書を郵送する場合は、身分証明書の写しを添付してください。
※提出者が申請者本人以外の場合は、申請者との関係、住所を記入してください。