

(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
支給申請書兼利用者負担額減額)

記入例

村上市長
次のとおり申請します。

個人番号(マイナンバー)を記入

提出する日付を記入

申請年月日

令和 〇年〇月〇日

申請者	フリガナ	ムラカミ タロウ	個人番号	012345678912			
	氏 名	村 上 太 郎	生年月日	平成 元年 1月 1日			
	居 住 地	〒958-8501 村上市三之町 1 番 1 号					
		電話番号		0254-53-2111			
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		個人番号				
			生年月日				
			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B型のサービスを申請する者に限る。)							有 ・ 無

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 ・ 無	区 分 等 1 2 3 4 5 6 非該当	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	有 ・ 無	要介護度	要支援 () ・ 要介護	1 2 3 4 5
	利用中のサービスの種類と内容等					

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 ※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、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)を記載する。
		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		
	日訓練系・就労系	☐ 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			

申請者の氏名を記入

・18 歳以上→サービス利用する方本人

・18 歳未満→保護者

サービス等利用計画又は個別支援計画を
認定調査・概況調査の内容、サービス利用
及び医師意見書の全部又は一部を、村上市が
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入に提示することにより、認定に係る
結果・意見
書事業者、

申請者氏名

村 上 太 郎

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(定期的に通院している方の場合)を受けること、介護の提供を受けること、主治医について記入、共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。)又は地域移行又は施設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82万6,500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定 生活保護への移行 ※ 福祉事務所が発行 この申請書を記入された方について記載してください。 利用者本人が記載した場合は「申請者本人」に☑のみで大丈夫です。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付すること

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	村上花子	申請者との関係	妻
住所	〒958-8501 村上市三之町1番1号 電話番号 090-****-****		