

(裏)

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及び日中サービス支援型指定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すること。

申請する減免の種類	所得区分認定	☐ 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。 （当てはまるものに○印を付け、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（特別区民税を含む。以下同じ。）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の当てはまる方にも○印を付ける。 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80万円以下の者 ② 上記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	
	医療型個別減免	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、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又は生活保護受給世帯の者	☐ 【20歳未満の方】 1 療養介護利用者であること。（年齢 歳）
	特定障害者特別給付費	☐ III 施設入所者（注1）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） 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注1）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）
生活への移行	☐ IV グループホーム等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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
生活保護	☐ 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（〇定率負担減免措置、〇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。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。～

以下に該当する個人情報を、関係する職員が所管課から情報の提供を受け、利用（事業者等への情報提供を含む。）することについて （1又は2に○印を付けてください。）	
☐ サービス利用に必要な世帯の課税情報の照会	1 同意します 2 同意しません
☐ 障害福祉サービス利用計画書作成に必要な判定結果及び審査会資料の提供	1 同意します 2 同意しません
☐ 介護保険の認定調査と重複する調査項目及びその特記事項の照会	1 同意します 2 同意しません
☐ サービス提供事業者への情報提供	1 同意します 2 同意しません
☐ 特別支援学校等教育機関への個人情報の照会又は情報提供	1 同意します 2 同意しません

区使用欄	申請者の本人確認	一点	個 免 パ 在 他 ()
		二点	保 社 学 カト' 他 ()
	申請者の個人番号確認		個 通 住 台 他 ()