

習志野市障害福祉サービス等 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 (障害福祉サービス・障害児通所支援・相談支援・地域生活支援事業)

習志野市長 宛て

個人情報の調査及び提示に関する同意並びに地域生活支援給付費の受領の委任について

- ・私及び私の住民基本台帳上の世帯全員の課税状況を調査すること。 ・介護保険法に基づく各種給付状況を調査すること。
- ・サービス等利用計画、障害児支援利用計画、個別支援計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、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を習志野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、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定通所支援事業者、指定障害者支援施設又は指定障害児入所施設の関係人に提示すること。
- ・支給決定を受けた地域生活支援給付費の受領に関する権限を、当該サービスの提供を行った地域生活支援事業者に委任します。

①申請年月日 令和 年 月 日

②申請者(サービス利用者が18歳以上の場合は本人、18歳未満の場合は保護者を記入。自署した場合は押印省略可)

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
氏名	印	個人番号				
居住地	習志野市	電話番号	()			

サービス利用児童(18歳以上は、記入不要 ※ただし、障害児通所支援を利用する場合は記入)

フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日	続柄	
児童氏名		個人番号						

③申請するサービス (該当する箇所に☑)

＜障害福祉サービス＞

介護 給付	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	
	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	
訓練等 給付	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 就労移行支援
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)			

＜障害児通所支援＞

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 居宅訪問型児童発達支援 保育所等訪問支援

＜相談支援＞

計画相談支援 障害児相談支援 地域相談支援事業 (地域移行支援 地域定着支援)
事業者名 ()

＜地域生活支援事業＞

<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業
<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		
<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付等事業 用具名称等()	<input type="checkbox"/> ストーマ用装具 (月 ~ 月分) 事業者名()	

④申請書提出者 (該当する箇所に☑)

<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)			
氏名		続柄	電話番号 ()
住所	<input type="checkbox"/> 申請者本人と同じ <input type="checkbox"/> 申請者本人と別住所()		

⑤現在のサービス利用の状況（該当する箇所には☑）

障害福祉関係サービス	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（内容	）
障害児通所支援・入所支援	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（内容	）
介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（内容	）
地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（内容	）

⑥主治医 ※地域生活支援事業のみの方は記入不要です

主治医の氏名	医療機関名	電話番号	（	）
所在地				

⑦申請する減免の種類（該当する箇所には☑） ※地域生活支援事業のみの方は記入不要です

<input type="checkbox"/> 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☑をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。）	
<input type="checkbox"/> 1. 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 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☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 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80万円以下のもの <input type="checkbox"/> ② ①以外のもの <input type="checkbox"/> 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)に属するもの	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> <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	<input type="checkbox"/> <20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること（年齢_____歳）
<input type="checkbox"/> 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(入所施設の食事等軽減措置) 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)	
<input type="checkbox"/> <20歳以上の方> 1. 施設入所者(注)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	<input type="checkbox"/> <20歳未満の方> 1. 施設入所者であること（年齢_____歳）
<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助(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。	
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置)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。	
<input type="checkbox"/> VI 多子軽減措置に関する認定 <input type="checkbox"/> 1. 第2子に該当する者 <input type="checkbox"/> 2. 第3子以降に該当する者 ※通園証明書等が必要となります。 いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。	

【市役所処理欄】

ここから下の欄は記入不要です

障害 種 別 等	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部
	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Aの1 <input type="checkbox"/> Aの2 <input type="checkbox"/> Aの1 <input type="checkbox"/> Aの2 <input type="checkbox"/> Bの1 <input type="checkbox"/> Bの2 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 手帳無
	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 自立支援(精神通院)医療受給 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 発達障害() <input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> その他()

<お問い合わせ>

習志野市 健康福祉部 障がい福祉課 電話 047(453)9206 (直通)

F A X 047(451)6851 (聴覚・言語障がい者専用)

所在地 習志野市鷺沼2-1-1 市役所1階

郵送先 「〒275-8601 習志野市 障がい福祉課」 ※所在地は記入不要です