

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入
してください。

17条、第19条の6 関係)

記入例

個人番号(マイナンバー)を記入して
ください。

介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

利用者が18歳
未満の場合
「児童名」を記
入してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する介護給付費・訓練等給付費・特定障害特別給付費・療養介護医療費・地域相談支援給付費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	カナザワ タロウ			生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	金沢 太郎				
お持ちの手帳 に応じて記入し てください。	個人番号:	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			手帳をお持ちでな い難病患者の方は こちらに疾病名を 記入してください。	
	居住地	〒 920-〇〇〇〇 金沢市広坂1-1-1 アパート102号				
元	フリガナ	カナザワ イチロウ			生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	給申請に係る 児童氏名	金沢 一郎			続柄	子
身体障害者 手帳等級	1 級	療育手帳 等級	(A)・B	精神障害者 福祉手帳等級	2 級	疾病名
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援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	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～令和〇〇年〇〇月〇〇日
	介護保険 サービス	利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護、就労継続支援B型 など				
就労継続支援を 申請する方は、ど ちらかに「〇」をつ けてください。						

申請する サービス	区分 訪問系・その他 日中活動系 居住系 地域相談支援	サービスの種類		申請に係る 具体的な内容 共同生活援助を申 請する方は、ど ちらかに「〇」をつ けてください。 ※ 共同生活援助を申請する場合に、 入浴、排せつ又は食事等の介護の 提供を受けることについて該当す るものに〇を付けてください。 1 希望する 2 希望しない
		介護給付費		
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 就労選択支援	
		<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"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練			
<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援			
<input type="checkbox"/> 地域定着支援	<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"/> 共同生活援助(グループホーム)※			

サービス等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、障害支援区分認定に係る認定調査及び概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容並びに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、金沢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若しくは指定一般相談支援事業者の関係人、医師意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

ご利用希望のサービス横の□にチェック
(☑)を入れてください。

申請者氏名
(署名又は記名押印)

金沢 一郎

金沢

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入してください。
署名でなく記名(ゴム印・パソコン入力等)の場合は押印が必要です。

※記名の場合は
押印してください。

利用者の収入状況が1~3のいずれかに該当する場合、□のうえその番号を○で囲んでください。
【判断の目安】

例) 収入が障害基礎年金だけの方は「2」になります。

以下の①~③の申請をする場合は主治医及び医療機関を記載して下さい。

①介護給付費(居宅介護等)

②共同生活援助(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に限る)

主 ※治 医	主治医の氏名	医療機関名
	〒 一 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に限る。) 又は精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病

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。
(該当するものに○を付けてください。いずれにも該当しない場合は空欄としてください。)

- 1 生活保護受給世帯に属する者
- 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の該当するものにも○を付けてください。

- ① 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの
- 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

下記のいずれにも該当するため、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 年齢)

<20歳未満の方>

- 1 療養介護利用者であること。
(年齢 年齢)

- 2 市町村民税非課税世帯に属する者

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)

下記のいずれにも該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。
(注)対象施設は、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 年齢)

<20歳未満の方>

- 1 施設入所者であること。
(年齢 年齢)

- 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者

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属する者に該当するため、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(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(□自己負担減免措置、□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。

もしも、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。

生活保護受給世帯を除き、18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

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 金沢 花子 申請者との関係 妻

住所 〒 一 申請者と同じ 電話番号 ()

備考 該当する□の中にレ印を付けてください。

※市記入欄

申請者以外の方が記入された場合は、こちらにチェック(□)を入れ、住所・氏名・連絡先・続柄を記入してください。

確認欄	番号確認	番号カード 端末 ・ 通知カード ・ 住民票 ・ その他 ()	代理権 確認	法定・委任状・本人発行
	本人確認	番号カード その他 ()		