

(介護給付)

① 利用者本人の情報を記入

地域相談支援給付費 計画相談支援給付費
減額・免除等申請書

高岡市社会福祉事務所の
次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

フリガナ	タカオカ タロウ	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名	高岡 太郎	生年月日	(和暦) 〇〇年〇〇月〇〇日
居住地	〒 933 - 8601 高岡市 広小路7-50	電話番号	0766-20-1369

② お持ちの障害福祉サービス受給者証を確認して記入

支給申請氏	フリガナ	個人番号	年 月 日
身体障害者手帳番号	障害基礎年金1級	疾病名	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	1	2	3	4	5	6	有効期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで			
	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

③ 希望サービスにチェックを記入
(分からない場合は相談員に確認)

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
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	□居宅介護 □重度訪問 □同行支援 □行動援助 <input checked="" type="checkbox"/> 短期 □重度障害者等	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	△△事業所 短期入所 〇日/月 □□事業所 生活介護 〇日/月
		<input checked="" type="checkbox"/> 生活介護	<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"/> 就労移行支援	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
日中活動系	□療養介護 <input checked="" type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
			<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
居住地	□施設入所支援 □地域相談支援		<input type="checkbox"/> 共同生活	
			<input type="checkbox"/> 共同生活	
			<input type="checkbox"/> 共同生活	
			<input type="checkbox"/> 共同生活	

④ 希望サービスの具体的内容を記入
(分からない場合は相談員に確認)

⑤ 上記申請者本人の氏名を記入

サービスを利用するときは、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、審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、高岡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、障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 **高岡 太郎**

⑥ 主治医がいる場合に記入

主治医 (※)	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

(※) 主治医(医師)は、入浴、排せつ又は食事等(共同生活援助事業所の利用)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。

⑦ 該当する箇所にチェックを入れ、あてはまるものに○

申請する減免の種類	<input checked="" 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80万9千円以下の者 ② 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		
	<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。		
	<table border="1"> <tr> <td> (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 </td> <td> (20歳未満の方) 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳) </td> </tr> </table>	(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)
	(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)	
<input type="checkbox"/> III 施設入所者(※)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(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。 (※)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"/> 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)			

⑧ 提出者が本人以外の場合チェックを入れて、提出者の情報を記入

申請者本人が提出する場合は、□申請者本人にチェックを記入

いずれも、事例()書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	高岡 花子	申請者との関係	母
住所	〒 933-8601 高岡市広小路7-50 電話番号 0766-20-1369		