

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・療養介護医療費支給申請書
兼 利用者負担額減額・免除等申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市 区長

次のとおり申請します。

なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料(必要に応じ世帯分を含む。)及び生活保護受給状況について確認されることに同意します。

フリガナ		氏名		生年月日	年 月 日
個人番号					
居住地		電話番号			
支給申請に 係る児童	フリガナ	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			続柄	
	身体障害者手帳番号	愛護手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		
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
被保険者証の記号及び番号			保険者名及び番号		

「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入してください。

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	
	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				

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	<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"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	<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"/> 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(養成施設)	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)		
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
地域支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	/	
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

主治医	氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号		

次のとおり利用者負担額の減免を申請します。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 1 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○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。) (1) 生活保護受給世帯 (2) 市民税非課税世帯に属する者であって、療養介護を利用しないもの (3) 市民税非課税世帯に属する者であって、療養介護を利用するもののうち、次のア又はイに該当するもの ア 合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの イ 合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円を超えるもの (4) 市民税課税世帯に属する者であって、次のア又はイに該当するもの ア 在宅において生活する者であって、世帯の市民税所得割額の合計額が16万円未満のもの イ 児童又は20歳未満の施設入所者であって、世帯の市民税所得割額の合計額が28万円未満のもの	
	<input type="checkbox"/> 2 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歳以上の場合) (1) 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。 (2) 市民税非課税世帯に属する者であること。	(20歳未満の場合) (1) 療養介護を利用する者であること(年齢 歳)。
	<input type="checkbox"/> 3 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(入所施設の食事等軽減措置) 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。	
	(20歳以上の場合) (1) 施設入所者であること(年齢 歳)。 (2) 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯に属する者であること。	(20歳未満の場合) (1) 施設入所者であること(年齢 歳)。
<input type="checkbox"/> 4 共同生活援助(グループホーム)の利用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) 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。 (1) 共同生活援助(グループホーム)の利用者であること。 (2) 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯に属する者であること。		
<input type="checkbox"/> 5 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置・特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付)を申請します。		

注1 該当する□の中にレ印をつけてください。

- 18歳以上(施設入所者(障害者支援施設に入所している者をいいます。))の場合にあつては、20歳以上の障害者の世帯範囲は、障害者及びその者と同一の世帯に属する配偶者です。
- 主治医の欄は、介護給付費を申請する場合に記入してください。
- いずれも事実関係を確認できる書類を添えてください。

申請書提出者	<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		申請者との関係	
住所	電話番号		

※市民税課税世帯に属する方については、次頁もご記載ください。

名古屋市障害者介護給付費等利用者負担軽減加算支給申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市 区長

次のとおり申請します。

なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料(必要に応じ世帯分を含む。)及び生活保護受給状況について確認されることに同意します。

	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	電話番号		
支給 する 申請 に 童	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
			続柄	

下記の区分の適用を申請します(当てはまるものに○をつけてください。)

(1) 市民税課税世帯に属する者であって、市民税所得割額の世帯の合計額が46万円未満であるもの
(2) 市民税課税世帯に属する者であって、16～18歳の扶養親族者 (人) がいるもの
(3) 寡婦(夫)控除みなし適用世帯に属する者

注 1 18歳以上(施設入所者(障害者支援施設に入所している者をいいます。))の場合にあっては、20歳以上の障害者の世帯範囲は、障害者及びその者と同一の世帯に属する配偶者です。
2 いずれも事実関係を確認できる書類を添えてください。