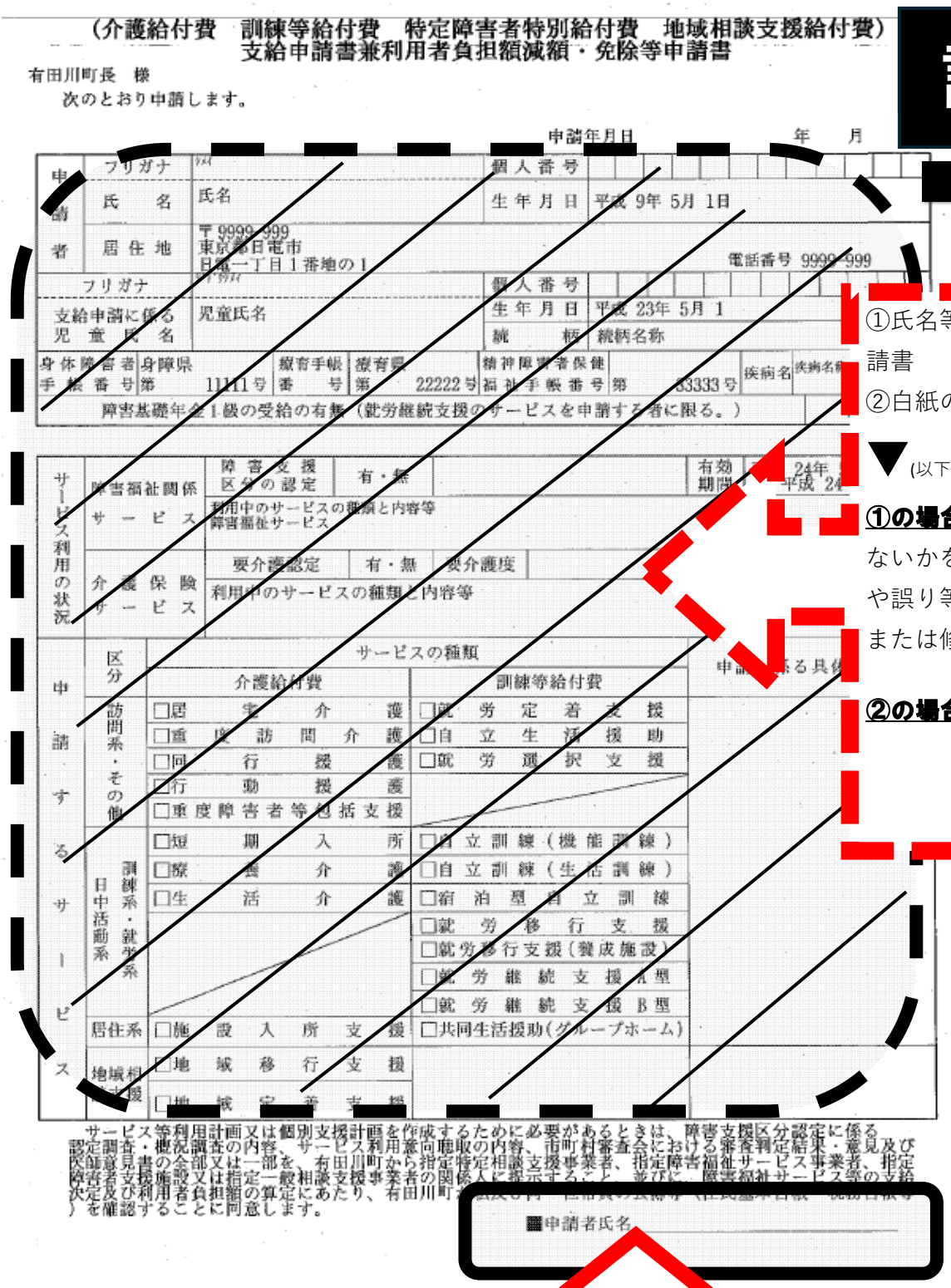
記入例



（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）
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

有田川町長　様
次のとおり申請します。

申請年月日　　年　月

申請者
フリガナ
氏名
個人番号
生年月日　平成 9年 5月 1日
居住地　〒 9999-999 東京都日電市 日電一丁目1番地の1　電話番号 9999-999

支給申請に係る児童氏名
フリガナ
児童氏名
個人番号
生年月日　平成 23年 5月 1
続柄　続柄名称

身体障害者手帳番号　身障県 第 11111号
療育手帳番号　療育 第 22222号
精神保健福祉手帳番号　精神 第 33333号
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。）

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　有効期間　24年
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
利用中のサービスの種類と内容等

申請するサービス
区分　サービスの種類

区分	介護給付費	訓練等給付費
訪問系・その他	□居宅介護	□就労定着支援
	□重度訪問介護	□自立生活援助
	□同行援護	□就労選択支援
	□行動援護	
	□重度障害者等包括支援	
訓練系・就労系 日中活動系	□短期入所	□自立訓練（機能訓練）
	□療養介護	□自立訓練（生活訓練）
	□生活介護	□宿泊型自立訓練
		□就労移行支援
		□就労移行支援（養成施設）
		□就労継続支援A型
		□就労継続支援B型
居住系	□施設入所支援	□共同生活援助（グループホーム）
地域相談支援	□地域移行支援	
	□地域定着支援	

申請する具体的な内容

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・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、有田川町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又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示すること、並びに、障害福祉サービス等の支給決定及び利用者負担額の算定にあたり、有田川町[illegible]）を確認することに同意します。

■申請者氏名

■おもて面

①氏名等が記載されている申請書
②白紙の申請書

▼(以下の対応をお願いします)

①の場合‥記載内容に誤りがないかを確認(不足する情報や誤り等があれば朱字で加筆または修正)

②の場合‥必要事項を記入

■同意欄の署名

サービス等利用計画作成等に必要な情報提示等の同意については、**申請者本人の直筆署名が必要**です（押印不要）

※本人が自筆できない場合は代筆可能です。代筆者の氏名・本人との関係（例：「代筆 〇〇 〇〇（相談支援専門員）」など）を併記してください。

■裏面も確認してください。

記入例

■裏面

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		
	□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８０万９千円以下のもの 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、障害児及び20歳未満の施設入所者：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 下記のいずれにもあてはまるため、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の者	〈２０歳未満の方〉 1．療養介護利用者であること（年齢　　歳）
	□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）	
	〈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）
	□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あてはまるため、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。	

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。

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		申請者との関係	
住　　所	〒		

■書類提出者欄

窓口来訪者（相談支援専門員等）の情報を省略なく正確に記入してください。

※郵送の場合も同様にお願いします。

■ご協力よろしくお願いします。

記入例

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

有田川町長　様

次のとおり、（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第51条の17第１項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第24条の26第１項に規定する障害児相談支援給付費）の支給を申請します。

申請年月日　　年　月　日

申請者	フリガナ	シメイ	生年月日	平成 9年 5月 1日
	氏名	氏名	個人番号	
	居住地	〒9999-999 東京都日電市 日電一丁目１番地の１　　電話番号 0120-333-999		
フリガナ		ジドウシメイ	生年月日	平成23年 5月 1日
申請に係る児童氏名		児童氏名	続柄	続柄名称
			個人番号	

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

■書類提出者欄

窓口来訪者（相談支援専門員等）の情報を省略なく正確に記入してください。

※郵送の場合も同様にお願いします。

■ご協力よろしくお願いします。

記入例

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

有田川町長　様

次のとおり届け出します。

届出年月日　　年　　月　　日

区分	区分

申請者	フリガナ	シメイ	生年月日	平成 9年 5月 1日
	氏名	氏名	個人番号	
	居住地	〒 888-9999 東京都日電市 日電一丁目１番地の１　　電話番号 999-999-9999		
フリガナ		ジドウシメイ	生年月日	平成23年 5月 1日
申請に係る児童氏名		児童氏名	続柄	続柄
			個人番号	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒 電話番号

①

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

②

変更年月日　　年　　月　　日

③

■新規または変更申請時に提出

▼（下記の対応をお願いします。）

★新規申請の場合‥①のみ記入

★変更申請の場合‥①②③を記入

■ご協力よろしくお願いします。