|  |
| --- |
| 受理日付印 |
|  |

(三原市様式 平成30年4月版)

障害福祉サービス・地域生活支援事業・障害児通所給付費

計画相談支援・障害児相談支援給付費

兼　利用者負担額減額・免除等

**支給申請書**

（兼　世帯状況・収入等申告書）

三原市福祉事務所長　様

　次のとおり申請します。　（　新規　・　継続　・　変更　）　　　　　　申請年月日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名（18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人） | 対象児氏名（18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は記入不要） |
| マイナンバー |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | マイナンバー |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 氏　名 |  | 氏　名 | (申請者との続柄：　　　　) |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　日 | 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 居住地 | 〒　　　　-電話番号　（　　　　　　）　　　　　　　－ | 居住地 | □同左〒　　　　-電話番号　（　　　　　　）　　　　　　　－ |

１　手帳等の所持状況等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | □身体障害者手帳　□療育手帳　□精神保健福祉手帳□自立支援医療　□診断書・意見書　□その他(　　　　　) | 内容 | (等級) | 期間 |  |

２　サービスの利用状況

|  |  |
| --- | --- |
| 障害福祉児童通所 |  |
| 介護保険 | ( 要支援 / 要介護　１　２　３　４　５ ) |

３　申請するサービス等の種類・計画を依頼する事業所名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護給付 | 訓練等給付 | 地域生活支援事業 | 児童通所支援 |
| □居宅介護(身体・家事・通院・通院乗降) | □自立訓練（機能訓練） | □移動支援 | □児童発達支援 |
| □自立訓練（生活訓練） | □日中一時支援(一時支援型) | □医療型児童発達支援 |
| □重度訪問介護 | □宿泊型自立訓練 | □日中一時支援(就労支援型) | □放課後等デイサービス |
| □同行援護 | □就労移行支援 | 地域相談支援 | □保育所等訪問支援 |
| □行動援護 | □就労移行支援（養成施設） | □地域移行支援 | □居宅訪問型児童発達支援 |
| □短期入所 | □就労継続支援A型 | □地域定着支援 |  |
| □重度障害者等包括支援 | □就労継続支援B型 | 計画相談支援事業所名 |
| □療養介護 | □就労定着支援 |  |
| □生活介護 | □共同生活援助(障害支援区分認定 要/不要) |
| □施設入所支援 | □自立生活援助 | (事業所番号：　　　　　　　　　　　 )(連絡先：　　　　‐　　　　‐　　　　) |
| 申請(変更)の理由・内容 | (変更年月日： 　　　　年　　　月　　　日) |

決定に係る三原市市県民税台帳等による市民税額等，三原市住民基本台帳による世帯構成員，生活保護の受給状況，障害福祉サービス事業者又は障害児通所支援事業者からの個別支援計画，三原市保健福祉課からの乳幼児健康診査結果等について，三原市障害者福祉課が必要と認める場合に調査・確認することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名(保護者) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　また，サービス等利用計画又は障害児支援利用計画，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調査内容，意向聴取の内容，障害支援区分認定審査会における判定結果・意見及び医師意見書，受給者証の写し等の全部又は一部を，指定特定相談支援事業者，指定障害福祉サービス事業者，指定障害児相談支援事業者，通所支援事業者若しくは指定障害者支援施設，障害児入所施設等の関係人及び医師意見書を記載した医師，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。

（裏面あり）

４　主治医

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治医氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 (　　　　　　)　　　　　　- |

５　調査への同席者の希望

|  |  |
| --- | --- |
| 調査への同席者の希望 | □有　氏名(　　　　　　　　　　　　　)関係(　　　　　　　)連絡先(　　　　　　　　　　　　　　)　　□無 |
| 日程調整の際の連絡先 | □本人　　□本人以外　氏名(　　　　　　　　　　　)関係(　　　　　)連絡先(　　　　　　　　　　　　　) |

６　申請する減免等の種類

|  |
| --- |
| □　負担上限月額　下記の区分の適用を申請します。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□利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入が80万円以下の者　　　□左記以外のもの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28万未満)に属する者 |
| □　医療型個別減免　療養介護，医療型児童発達支援の利用をするため，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　　才)　　　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　　才) |
| □　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)次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　　才)　　　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　　才) |
| □　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。 |
| □　生活保護への移行予防措置　　　生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置　□補足給付の特例措置)を申請します。 |
| □　多子軽減措置に関する認定　下記の区分の適用を申請します。　１　第２子に該当する者　　　２　第３子以降に該当する者 |
| 　◎在籍確認に関する同意　　　多子軽減措置に関する認定対象要件確認のため，対象児童及び兄弟にかかる市内保育所(園)・市立幼稚園の在籍状況について，担当部署間で情報利用することに　　□同意します　㊞　　　□同意しません　　　※同意しない場合 又は 上記以外の多子軽減措置対象施設に通っている場合は，在園証明書が必要となります。 |

７　世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 氏名(本人との続柄) | 生年月日 | 世帯の状況 | 氏名(本人との続柄) | 生年月日 |
| 世帯主 | (　　　) | 　　　．　　　．　 | 世帯員 | (　　　) | 　　　．　　　．　 |
| 世帯員 | (　　　) | 　　　．　　　．　 | (　　　) | 　　　．　　　．　 |
| (　　　) | 　　　．　　　．　 | (　　　) | 　　　．　　　．　 |
| 幼稚園等に通園する世帯員 | 名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　幼稚園(保育所)名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

８　申請者の収入及び必要経費の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 種　類 | 収入額 |
| 稼得等収入 | 障害年金等(障害(基礎・厚生・共済)年金，特別障害給付金等) | 円 |
| 手当等(特別障害者手当，障害児福祉手当，経過的福祉手当，特別児童扶養手当) | 円 |
| 工賃等 | 円 |
| その他の収入(　　　　　　　　　　　　　　　　) | 円 |
| 仕送り収入　　不動産等による家賃収入　　その他の収入(　　　　　　　　　　　　　　) | 円 |
| 種類 | 内　容 | 金　額 |
| 租税 |  | 円 |
| 社会保険料 |  | 円 |

９　申請書提出者　□申請者本人　□申請者本人以外(下欄に記入)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住　所 | □申請者住所と同じ〒　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 (　　　　　)　　　　　　- |