（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　療養介護医療費　地域相談支援給付費　地域生活支援事業給付費）
支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書兼世帯状況・収入（変更）申告書

石巻市長様

次のとおり申請します。
また、私の属する世帯の市民税課税状況並びに所得等の状況について、利用者負担額認定事務の範囲内において、市が調査することに同意します。（記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること）

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日（　　歳）
	氏　　名	㊞ 個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
		個人番号：	続柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番　　号		精神障害者保健福祉手帳番号		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。）						有　・　無	

※「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すること。

サービス利用の状況	障害福祉地域生活支援関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	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	非該当・要支援（　）・要介護（　）	有効期間
		利用中のサービスの種類と内容等			
変更の場合は理由					

申請するサービス 区分	サービスの種類 介護給付費（支給単位／月）	訓練等給付費	申請に係る具体的内容
訪問系・その他	□ 居宅介護（時間）	□ 就労定着支援	（現在の支給決定状況）
	□ 重度訪問介護（時間）	□ 自立生活援助	
	□ 同行援護（時間）	□ 就労選択支援	
	□ 行動援護（時間）		
	□ 重度障害者等包括支援（単位）		
訓練系・日中活動系・就労系	□ 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）※	
相談支援	□ 地域移行支援（日）	□ 計画相談支援（日）	
	□ 地域定着支援（日）	□ 障害児相談支援（日）	
児童通所	□ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）（日）	□ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）（日）	
	□ 放課後等デイサービス（日）	□ 保育所等訪問支援（日）	
	□ 居宅訪問型児童発達支援		
地域生活支援事業	□ 移動支援（日）	□ 地域活動支援センター	
	□ 日中一時支援（日）	□ 訪問入浴（日）	

※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業者の種類（指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、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か否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。

主治医（※）	医療機関名 （診療科） 主治医氏名		医療機関名 所　在　地	〒 TEL

（※）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棟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

所得区分認定

□　Ⅰ　負担上限月額に関する認定「下記の区分の適用（の変更）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
※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。

個別減免（医療型）

□　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〉	〈２０歳未満の方〉
1．療養介護利用者であること（年令　　歳） 2．市町村民税非課税世帯の者	1．療養介護利用者であること（年令　　歳）

特定障害者特別給付費（施設入所者支援・旧法施設支援）

□　Ⅲ　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（の変更）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〉	〈２０歳未満の方〉
1．施設入所者（注）であること（年令　　歳） 2．市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	1．施設入所者（注）であること（年令　　歳）

特定障害者特別給付費（共同生活援助）

□　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。

生活保護への移行予防措置

□　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）（の変更）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。

（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、特定旧法指定施設）

次のとおり申告します。（個別減免、補足給付申請する場合は全て記入、申請しない場合は①②③のみ記入。）

世帯状況・収入申告書

1世帯の状況

	氏　　名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者				□課税　□非課税
世帯主				□課税　□非課税
世帯員				□課税　□非課税
世帯員				□課税　□非課税

2申請者の収入状況

（1）合計所得金額の状況

合計所得金額	①　　円

（2）収入の状況

区　分			種類及び内容	金　額
収入（A）年収	稼得等収入	障害年金等（　　級）	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等	②　　円
		特別児童扶養手当等	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	③　　円
		工賃等収入		円
		その他収入（　　）		円
	その他収入	仕送り収入		円
		不動産等収入による家賃収入		円
		その他収入（　　）		円
必要経費（B）		租　　税		円
		社会保険料		円

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）				
住　所	〒　　－ TEL　　（　　）	氏名	㊞	本人との関係	