

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・免除等変更申請書兼届出書

武 蔵 野 市 長 殿

次のとおり申請します。なお、必要な範囲に限り、申請者並びに申請者の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得の証明書を提出すること並びに介護保険に関する事項、住民票記載事項及び所得状況を市の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）で確認されることに同意します。

また、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、障害支援区分認定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、武蔵野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、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者又は医師意見書を記載した医師に提示することに同意します。

		申請年月日		年	月	日	
又は申請者（障害者本人） 又は障害児の保護者	フリガナ			個人番号			
	氏 名			生年月日	年 月 日		
	居 住 地	郵便番号		電話番号			
フリガナ				個人番号			
支給申請に係る 児 童 氏 名				生年月日	年 月 日		
				続 柄			
身体障害者 手帳番号		愛 の 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		
サ ー ビ ス の 利 用 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	年 月 日から 年 月 日まで	
		利用中のサービスの種類と内容等					
	介 護 保 険	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					

申請事項（支給量）

変更の理由						
申 請 す る サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援
	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		<input type="checkbox"/> 自立生活援助		<input type="checkbox"/> 短期入所
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		<input type="checkbox"/> 就労移行支援
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型・B型）			<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練）		
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			<input type="checkbox"/> 就労選択支援		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） 事業所の種類等（ ）					
	<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	（診療科 ）	
	住 所	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	<input 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。 （当てはまるものに○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の当てはまる方に○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 ※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。	
	<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（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） 下記のいずれにも当てはまるため、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）	
	〈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）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム等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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置、 <input type="checkbox"/> 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。		

届出事項

変更事項（該当にチェックをしてください。）	支給決定障害者等に関すること	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先	
	その他		
変更内容	変更前		
	変更後		

注 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	<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	
電 話 番 号			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 <input type="checkbox"/> 申請者と異なる。※以下を記載 郵便番号		