

地域生活支援事業  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(宛先) 加賀市長

次のとおり申請します。

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							
	氏名	個人番号：				年	月	日					
障 が い 種 別	居住地	〒											
		電話番号											
支 給 申 請 に 係 る 障 が い 児 氏 名	フリガナ				生年 月日	平成 令和							
		個人番号：				年	月	日					
					続柄								
障がい種別		身体 ・ 知的 ・ 精神											
身 体 障 害 者 手 帳 番 号	県 号			等級	種 級								
	障害名												
療 育 手 帳 番 号	県 号		A ・ B	精神障害者保健 福祉手帳番号		県 号		1・2・3 級					
	障害程度 区分認定		有・無	区 分	1・2・3 4・5・6	有効 期間	平成	年	月	日	～ 平成	年	月
サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	障 害 福 祉 サ ー ビ ス		※療養介護対象		有・無	※遷延性意識障害			有・無				
	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													
申 請 す る サ ー ビ ス	サービスの種類			申請にかかる具体的内容									
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業			時間/月									
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業												
	<input type="checkbox"/> タイムケア事業			回/月									
	<input type="checkbox"/> 日中ショートステイ			回/月									
	<input type="checkbox"/> 生活サポート事業			時間/月									
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター			回/月									
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス			回/月									

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		

減額・免除申請するときのみ記入してください。

( \* 自立支援給付の受給を受けている場合は記入する必要はありません )

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。 (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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4. 市長村民税課税世帯(障がい者:所得割16万円未満、障がい児:28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、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(年令 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(年令 才)
	<input type="checkbox"/> 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を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者(注)であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者(注)であること(年令 才)
<input type="checkbox"/> IV 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)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"/> 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。		

(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)

同 意 書

1. 地域生活支援事業の利用者負担額の決定にあたり、市が利用者及び利用者と生計を同一にする者に係る収入及び資産状況を調査すること
2. 事業者・施設がサービスを提供するにあたり必要があるときは、市が利用者の健康状態等、地域生活支援事業の支給決定のために調査した内容および判定結果について、事業者、施設、主治医意見書を記載した医師、または調査に従事した調査員に対し情報提供すること
3. 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、加賀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又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示すること

以上について、同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 加賀市長

申請者 住所 .....

氏名 ..... ㊟

同一世帯者(※) 氏名 ..... ㊟ (利用者との続柄 )

氏名 ..... ㊟ (利用者との続柄 )

氏名 ..... ㊟ (利用者との続柄 )

氏名 ..... ㊟ (利用者との続柄 )

※同一世帯者：18歳未満・・・保護者の属する住民票の世帯員全員

18歳以上・・・配偶者のみ