

(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 障害児通所給付費、地域生活支援事業) 支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

三田市長 森 哲男 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

Application form for caregiver and child information, including fields for name, birth date, address, and insurance details.

※「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、療養介護または医療型児童発達を申請する場合記入すること。

Table for service utilization status, including columns for service type, recognition level, and effective period.

Main application table with columns for '区分' (Category), 'サービスの種類' (Service Type), and '申請に係る具体的内容' (Specific Content). Includes checkboxes for various services like home care, training, and day services.

サービス（障害児支援）利用計画又は個別（通所）支援計画を作成するため必要があるときは、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、三田市から指定特定（障害児）相談支援事業者、指定障害福祉サービス（通所支援）事業者、指定障害者支援（障害児入所）施設又は指定一般相談支援事業者の関係者に提示することに同意します。

申請者氏名

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	<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 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方に○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
	<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、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 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、特定旧法指定施設） ----- <20歳以上の方> 1. 施設入所者であること（年令 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 （年令 才）
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> V 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"/> 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。
	<input type="checkbox"/> VI 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。（あてはまるものに○をつける。） 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。

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	<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 ()

住民票及び課税状況等の調査に関する同意

障害福祉サービス（障害児通所給付）の利用者負担額の認定に際し、私及び私の世帯員の ①住民情報を住民基本台帳等から調査する事。②課税台帳等から所得、収入、課税状況等を調査する事。③各種手当等の給付状況を調査する事。④必要経費（租税、社会保険料等）の納付状況を調査する事。 について同意します。

申請者	印	世帯員	印
世帯員	印	世帯員	印
世帯員	印	世帯員	印
世帯員	印	世帯員	印