

記入例

申請年月日、申請者氏名、個人番号（マイナンバー）、生年月日、居住地、電話番号、手帳番号を記載してください。

（※利用者が18歳未満の場合は、申請者欄は保護者となりますので、障がい児氏名欄にも記載してください。）

中野市介護給付費

支給申請書兼利用者負担額・免除等申請書

年 月 日

中野市長

あて

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	なかの たろう		生年月日	H○年 1月 2日	
	氏名	中野 太郎				
	居住地	中野市中央○丁目2番地3号		電話	0269 (○△) 1234	
フリガナ 支給申請に係る 障がい児氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	障がい児氏名	個人番号:		続柄		
身体障害者 手帳番号	長野県第12345号	療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		
被保険者証の記号及び番号 (療養介護を申請する場合は記入。)			保険者名及び番号 (療養介護を申請する場合は記入。)			
障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援 (B型) を申請する場合は記入。)						有・無
サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	区分 1 ② 3 4 5 6	有効 期間	H○年○月○日 ~H○年○月○日
		利用中のサービスの種類と内容等 就労継続支援B型 当該月における日数から8日を控除した日数				
	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				
区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容等	
	介護給付費	訓練等給付費				
サービス	日中活動系	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			利用中のサービスに チェック☑をお願いします。	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練)			
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練)			
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練			
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援			
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (養成施設)			
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型)			
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (B型)				
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム)				
地域支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					

お持ちの障害福祉サービス受給者証をご確認のうえ、現在のサービス利用状況、障害程度区分の認定、有効期間、利用中のサービスの種類と内容、介護保険サービスの利用状況など記載をお願いします。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	電話 ()		
(※)	※ 介護給付費又は地域移行支援を申請する場合は記入してください。			
申請する減免等の種類	<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○をつけてください。いずれにもあてはまらない場合は空欄としてください。 1 生活保護受給世帯の者 2 市町村民税非課税世帯 (※) の者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまるものに○をつけてください。 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が16万円未満の者 ② ①以外の者 3 市町村民税課税世帯 (障がい者：所得割 16万円未満の者)			
	<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>		<20歳未満の方>	
	1 療養介護利用者であること (年齢 歳)		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			
<input type="checkbox"/> III 施設入所者 (※) に対する特定障害者特別給付費 (補足給付) に関する認定 (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。 ※ 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) です。				
<20歳以上の方>		<20歳未満の方>		
1 施設入所者であること (年齢 歳)		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				
<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の者に対する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 (□定率負担減免措置、□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。				
同意事項	1 世帯の課税台帳等について、この申請に係る確認処理のため職員の閲覧することに同意します。			
	2 この申請書を障害支援区分判定のための調査委託事業者及び認定審査会に提示することに同意します。			
	3 サービス利用計画又は個別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、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、指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。			
	4 高額障害福祉サービス費支給の確認のため本人の申請書提出者について記載してください。			

減免を申請する方は、種類ごとにチェック☑し、必要事項を記入してください。

内容をご確認ください。

申請書提出者について記載してください。

(注) いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入してください。)		
氏名	中野 花子	申請者との関係	母
住所	中野市中央○丁目2番地3号		電話 0269 (○△) 1234

記入例

中野市世帯状況・収入等申告書

年 月 日

中野市長 あて
 申告者（保護者）居住地 中野市中央○丁目2番地3号
 氏名 中野 太郎

利用者が18歳未満の障がい児、または20歳未満で施設に入所されている場合は、保護者の世帯状況を記載してください。その他の場合は、利用者ご本人とその配偶者（別世帯になっている者を含む）の状況を記載してください。

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者	中野 太郎	H○年1月2日	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
個人番号	1122 3344 5566			
世帯主	中野 一郎	S○年3月4日	父	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
個人番号	1212 3434 5656			
世帯員	中野 花子	S○年5月6日	母	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
個人番号	1222 3444 5666			
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
個人番号				

2 申請者の収入の状況について

（以下の（1）（2）の部分は、医療型個別減免・補足給付を申請する場合のみ記入してください。）

（1）合計所得金額の状況

合計所得金額	0円
--------	----

（1）及び（2）は、施設入所または療養介護利用者のみ記入してください。

（2）収入の状況

収入（A）（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（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、障がい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）	984,100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）	0円
	工賃等収入	0円
	その他の収入（ ）	0円
その他収入	仕送り収入	0円
	不動産等による家賃収入	0円
	その他の収入（ ）	0円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料	国民健康保険料	20,000円
		円

- (注) 1 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 3 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。
- 4 世帯の課税台帳等について、この申請に係る確認処理のため職員が閲覧することに同意します。

記入例

中野市計画相談支援給付費支給申請書

年 月 日

申請年月日、受給者証番号、申請者氏名、個人番号（マイナンバー）、生年月日、居住地、電話番号を記載してください。
 受給者証番号については、お持ちの障害福祉サービス受給者証をご確認ください。
 （※利用者が18歳未満の場合は、申請者欄は保護者となりますので、障がい児氏名欄にも記載してください。）

受給者証番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
申請者	フリガナ	なかの たろう							生年月日	H○年2月3日
	氏名	中野 太郎								
	居住地	中野市中央○丁目2番地3号							電話 0269 (○△) 1234	

フリガナ		年	月	日
認定申請に係る障がい児氏名	申請書提出者について記載してください。			
個人番号:		続	柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）			
フリガナ	なかの はなこ		申請者との関係	母
氏名	中野 花子			
住所	中野市中央○丁目2番地3号		電話 0269 (○△) 1234	