

様式第1号（第2条第1項関係）

（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給費 療養介護医療費）
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

潮来市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	居住地	〒 電話番号		
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成	年 月 日
		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	
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名」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 関係サービス	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	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	/	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護			
	<input type="checkbox"/> 行動援護			
	<input type="checkbox"/> 児童デイサービス			
	<input type="checkbox"/> 短期入所			
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			
日中活動系	<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"/> 就労移行支援		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（雇用型）		
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護（ケアホーム）	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）	/	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			
旧法施設 支援	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設（入所・通所）	<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設（入所・通所）	/	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設（入所・通所）	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設（入所・通所）		
	<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設（入所・通所）	<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮		
	<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設			

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(旧法指定施設を除く。)を申請する場合

申請する減免の種類	所得区分認定	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定(下記IIの軽減措置適用前) 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		
	通所施設等在宅軽減	<input type="checkbox"/> II 通所施設・在宅サービス等軽減(注1)に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、通所施設・在宅サービス等軽減を申請します。 1 在宅において生活する者又は20歳未満の入所者 2 市町村民税非課税世帯に属する者、又は市町村民税課税世帯に属する者のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が10万円(注2)未満のもの 3 申請者(障害者又は障害児の保護者)及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者が一定の不動産(親族等が現に居住する不動産)等以外の資産を有さないこと 4 申請者(障害者又は障害児の保護者)及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者の預貯金等の額が次の額以下であること ア 申請者の属する世帯が単身世帯であるもの…500万円 イ 申請者の属する世帯が2人以上の世帯であるもの…1,000万円		
	個別減免	<input type="checkbox"/> III 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。 1 グループホーム・ケアホーム入居者、施設入所者(注3)(20歳以上)並びに宿泊型自立訓練、継続的短期滞在型生活訓練、精神障害者退院支援施設利用型生活訓練及び精神障害者退院支援施設利用型就労移行を受けている者 2 市町村民税非課税世帯の者 3 一定の不動産(親族等が現に居住する不動産)等以外の資産を有さないこと 4 預貯金等の額が500万円以下であること		
	特定障害給付費	<input type="checkbox"/> IV 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3)であること(年齢 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3)であること(年齢 才)		
	生活移行予防措置への措置	<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。		
世帯特例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。			

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。

(注1) 次のサービスを受けている者については、通所施設・在宅サービス等軽減の対象となりません。

施設入所支援(20歳以上の者)、グループホーム、ケアホーム、宿泊型自立訓練、継続的短期滞在型生活訓練、精神障害者退院支援施設利用型生活訓練又は精神障害者退院支援施設利用型就労移行、旧法施設支援(入所者で20歳以上の者)

(注2) 平成19年度税制改正により所得割額が16万円(予定)に変更されます。

(注3) 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)

※特定障害者特別給付費については、知的障害者通勤寮入所者は対象となりません。

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			

世帯状況・収入・資産等申告書

潮来市福祉事務所長 様

申告年月日 平成 年 月 日

申告者（保護者）住所
（保護者）氏名

※通所施設・在宅サービス等軽減を申請する場合
生計中心者住所
" 氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ 世帯の特例を利用する

	氏名	生年月日	本人との関係	世帯の特例を受ける場合、以下について記入		
				市町村民税の状況		医療保険の状況
				課税・非課税の別	課税の場合、税制上、障害者の扶養控除の適用の有無	
申請者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者(本人 分)
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者(本人 分)
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者(本人 分)
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者(本人 分)

2 申請者の収入の状況について

〔 個別減免・補足給付を申請しない場合…①、②、③のみ記入
" 申請する場合…全て記入 〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

(2) 収入等の状況

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
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費 (B)

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏面に続く)

3 申請者の資産等について（個別減免、通所施設・在宅サービス等軽減を申請する場合）

種 類	有無	内 容	
申請者名義の預貯金等	有・無		
申請者名義の不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

4 生計中心者の資産等について（通所施設・在宅サービス等軽減を申請する場合）

種 類	有無	内 容	
生計中心者名義の預貯金等	有・無		
生計中心者名義の不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

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）		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

（記入上の注意）

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。