

□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・免除等申請書



川西市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ					生年月日	昭和 年 月 日						
	氏 名						平成 年 月 日						
	個人番号	□	□	□	□	□							
	居 住 地	〒				固定電話： 携帯電話(父)： 携帯電話(母)：							
支給申請に係る児童氏名	フリガナ					生年月日	平・令 年 月 日						
	個人番号	□	□	□	□		□	続柄					
身体障害者手帳番号	番号			療育手帳番号	番号			精神障害者保健福祉手帳番号	番号				
	等級				等級	A・B1・B2			等級	1・2・3			
障害福祉関係サービス利用の状況	障害内容					次回判定年月 平・令 年 月							
	被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)								
※「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、療養介護を申請する場合記入すること。													
障 害 福 祉 関係サービス 利用の状況		利用中のサービスの種類と内容等 ・短期入所(□重心) 日/月(区分) ・居宅介護(身体介護) 時間/月(1回 時間) 2人介護(有・無) ・居宅介護(通院介助) 時間/月(1回 時間) 2人介護(有・無) 身体介護を(伴う・伴わない)											
申請するサービス	訪問系 その他	介護給付費				訓練等給付費				申請に係る具体的内容			
		□短期入所				□自立訓練(機能訓練)				短期入所(□重心) 日/月(区分)			
		□重度訪問介護				□自立訓練(生活訓練)							
		□同行援護				□宿泊型自立訓練							
		□行動援護				□就労移行支援							
		□居宅介護				□就労移行支援(養成施設)							
	日中活動系	□重度障害者等包括支援				□就労継続支援A型				身体介護 時間/月(1回 時間) 2人介護(有・無) 通院介助 時間/月(1回 時間) 2人介護(有・無) 身体介護を(伴う・伴わない)			
		□療養介護				□就労継続支援B型							
		□生活介護				□共同生活援助(グループホーム)							
居住系	□施設入所支援												
地域相談支援	□地域移行支援												
	□地域定着支援												

— 同意書 —

- 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は必要があるときは、サービス利用意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、川西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に同意します。
- 私が属する世帯の範囲および世帯の収入状況について、川西市が調査することに同意します。

申請者(保護者)氏名

※自署又は記名押印

障害福祉課 確認欄	① 申請内容	新規・更新・サービス追加・負担額変更	④ 上限額管理事業所
	② 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	⑤ 複数児
	③ 負担上限月額	0円・4600円・37200円	⑥ 高額請求
			該当・非該当 該当・非該当

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	☐ 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のあてはまる方にも○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	
	☐ 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）
	☐ 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）	
	〈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）
	☐ IV グループホーム等入居者（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（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。 （注）対象事業所は共同生活援助（グループホーム）	
	☐ 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（ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 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。	

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	☐ 申請者本人 ☐ 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		