（様式第１号）

障害福祉サービス等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書
（障害福祉サービス、障害児通所支援、相談支援）
□新規、追加　□更新　□変更　□利用者負担額見直し

申請年月日　令和　　年　　月　　日

仙北市福祉事務所長　様

以下の項目に同意し、申請します。
本申請の手続きに必要な利用計画又は支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定調査の内容、利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査結果・意見及び医師意見書の内容を、仙北市から相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、障害者支援施設又は障害児通所支援事業者の関係人に提示すること。

申請者	フリガナ		生年月日	大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日
	氏　　名	個人番号：		
	居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	平成　令和　　年　　月　　日
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　　柄	

身体障害手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
難病等	疾患名：				
被保険者証の記号、番号（※）		保険者名、番号（※）			
現在の障害基礎年金１級受給の有無（就労継続支援Ａ型、Ｂ型を申請する者に限る。）				有　・　無	

※「被保険者証の記号、番号」と「保険者名、番号」欄は、療養介護、医療型児童発達支援を申請時に記入すること。

障害福祉サービス	障害支援区分	有　・　無	１　・　２　・　３　・　４　・　５　・　６
	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	要支援（１・２）、要介護（１・２・３・４・５）
	利用中のサービスの種類と内容等		

今回の新規、更新、変更申請対象サービス等（利用者負担額見直しのみの場合は記載不要）

【介護給付】	【訓練等給付】	【障害児通所支援】
[　] 居宅介護	[　] 自立訓練（機能訓練）	[　] 児童発達支援
[　] 重度訪問介護	[　] 自立訓練（生活訓練）	[　] 医療型児童発達支援
[　] 同行援護	[　] 宿泊型自立訓練	[　] 居宅訪問型児童発達支援
[　] 行動援護	[　] 就労選択支援	[　] 放課後等ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ
[　] 短期入所	[　] 就労移行支援	[　] 保育所等訪問支援
[　] 重度障害者包括支援	[　] 就労移行支援（養成施設）	【相談支援】
[　] 療養介護	[　] 就労継続支援Ａ型	[　] 地域移行支援
[　] 生活介護	[　] 就労継続支援Ｂ型	[　] 地域定着支援
[　] 施設入所支援	[　] 就労定着支援	[　] 計画相談（事業所：　　）
	[　] 共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）	[　] 障害児相談（事業所：　　）
	[　] 自立生活援助	

申請に係る具体的内容及び変更の理由	※市役所使用欄

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	**【全ての方】** ☐ 負担上限月額に関する認定 以下の区分の適用を申請します。（あてはまるものに〇。いずれにも当てはまらない場合は空欄。） 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〇をつける。 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	
	【療養介護を申請する方】 ☐ 医療型個別減免に関する認定 以下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 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
	【施設入所支援を申請する方】 ☐ 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 以下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 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
	【共同生活援助を申請する方】 ☐ グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費に関する認定（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であるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	【児童発達支援、医療型児童発達支援を申請する方】 ☐ 児童発達支援、医療型児童発達支援に関する多子軽減措置に関する認定 以下の区分の適用を申請します。※在園証明書が必要になる場合があります。 １　第２子に該当する者　　２　第３子に該当する者	
	【全ての方】 ☐ 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。 ※仙北市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	〒　　☐申請者と同じ 電話番号		