

4. 障害にかかわるかかりつけの医師について

(訓練等給付(グループホーム入居者で身体介護利用者を除く)・地域生活支援事業を申請する場合は記載不要)

病院名		担当医師名	
その他に現在かかっている病院があれば記入して下さい。			

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	
	<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(年齢 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(年齢 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)	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年齢 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(年齢 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(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(<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。		

※上記は、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。

計画相談について

現在担当の 相談支援専門員	<input type="checkbox"/> いる(事業所名 _____) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり(事業所名 _____)
------------------	---

介護保険サービス利用状況	要介護認定	有・無	要介護度	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											
	担当の居宅介護支援事業所名 事業所(_____) 担当者名(_____)											