

障害福祉サービス(新規・更新・変更)支給申請書

帯 広 市 長 様

次のとおり申請します。併せて、障害福祉サービス支給決定に際して、帯広市が住民基本台帳、課税・所得状況、生活保護受給状況、国民健康保険加入状況及び年金・特別障害者手当等の受給状況の閲覧等、必要な事務行為について承諾いたします。

また、支給決定に係わる認定調査(下記 3. 認定調査)については、帯広市が業務を委託する調査員に対し、この申請書等に関する情報の提供についても承諾いたします。

なお、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必要があるときは、障害支援区分認定にかかる認定調査・概況調査の内容、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帯広市から指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設事業者等の関係者に提示することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

1. 申請者氏名

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
	氏 名						
	個人番号	(- -)					
	現 住 所	〒 - 電話 - -					
	障害種別	☐ 身体障害者手帳 級 ☐ 療育手帳 A B ☐ 精神障害者保健福祉手帳 級 ☐ その他証明書類()					
家族等連絡先		〒 - 電話 - - 住 所 氏 名 申請者との関係 ()					
申請書提出者		☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外 (下の欄に記入)					
		〒 - 電話 - - 住 所 氏 名 申請者との関係 ()					

2. 申請するサービスの種類 (変更申請理由)

介護給付	☐ 居宅介護 (☐ 身体介護 ☐ 家事援助 ☐ 通院等介助 (身体介助 有・無) ☐ 通院等乗降介助) ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 療養介護 ☐ 生活介護 ☐ 短期入所 ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 施設入所支援		
訓練等給付	☐ 自立訓練 (機能訓練) ☐ 自立訓練 (生活訓練) ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 就労選択支援 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労移行支援 (養成) ☐ 就労継続支援 (A 型・B 型) ☐ 就労定着支援 ☐ 自立生活援助 ☐ 共同生活援助 (身体介護 有・無)		
地域相談 支援給付	☐ 地域移行支援 ☐ 地域定着支援	計画相談 支援	☐ 計画相談 ☐ セルフプラン
地域生活 支援事業	☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴サービス		

3. 認定調査にあたって (地域生活支援事業を申請する場合は記載不要)

生 活 の 場 所	☐ 自宅 (単身) ☐ 自宅 (家族と同居) ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ その他 ()		
訪 問 連 絡 先 等	・同席者の名前 ・続柄 ・連絡先 _____ その他希望があれば記入して下さい		

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	☐ 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80万9千円以下のもの 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)
	☐ 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)
	☐ 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。	
	☐ 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。	

※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

☐ いる（事業所名 _____）
☐ いない
 ☐ 希望なし
 ☐ 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()												