別記様式第１号（第３条関係）

（表）

（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 療養介護医療費  
文京区地域生活支援事業給付費）支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

申請者欄には保護者名、障害児氏名欄はお子様のお名前・生年月日等をご記入ください。

個人番号（マイナンバー）も忘れずにご記入ください。

記入した年月日を

ご記入ください。

　　　文京区長　殿

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 | 個人番号： | | | | | | | | |
| 居 住 地 | **〒**  電話番号  １月１日現在の住民登録地である区市町村（※１）　都道府県：　　　　　　　区市町村 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 支給申請に係る  障害児氏名 | | 個人番号： | | | | | | | | |
| 続柄 | | |  | | | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | **療育手帳番号** | | | |  | | | | | 特定疾患医療受給者証番号 | | |  |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | |  | | | 自立支援医療受給者証番号 | | | |  | | | | | 疾病名 | | |  |
| 被保険者証の記号及び番号（※２） | | | |  | | | | | | | | 保険者名及び番号（※２）  手帳をお持ちの方は手帳に記載されている番号を  ご記入ください。 | | | | | 手帳をお持ちでない場合、  診断名等をご記入ください。 |
| 障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援Ｂ型のサービスを申請する者に限る。） | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ※１ １月１日現在の住民登録地が文京区でない場合に記入すること。  ※２ 療養介護を申請する場合に記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用の状況 | 障害福祉サービス等 | 障害支援区分の認定 | | | | 有・無 | | | 区分等　１　２　３　４　５　６  非該当 | | | | | | 有効 期間 |  | |
| 利用中のサービスの種類と内容等  記　入　見　本（児童用）  （様式が一部変更になりましたので、記入見本を参照し、ご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | □居　宅　介　護 | | | | | | □就　労　定　着　支　援 | | | | | | | ご利用されるサービスにチェックを入れてください。 | | |
| □重　度　訪　問　介　護 | | | | | | □自　立　生　活　援　助 | | | | | | |
| □同　行　援　護 | | | | | |  | | | | | | |
| □行　動　援　護 | | | | | |
| □短　期　入　所 | | | | | |
| □重度障害者等包括支援 | | | | | |
| 日中活動系 | □療　養　介　護 | | | | | | □自　立　訓　練（機能訓練） | | | | | | |
| □生　活　介　護 | | | | | | □自　立　訓　練（生活訓練） | | | | | | |
| ご利用されるサービスにチェックを入れてください。 | | | | | | □宿　泊　型　自　立　訓　練 | | | | | | |
| □就　労　移　行　支　援 | | | | | | |
| □就労移行支援（養成施設） | | | | | | |
| □就労継続支援（Ａ型） | | | | | | |
| □就労継続支援（Ｂ型） | | | | | | |
| 居住系 |  | | | | | | □共同生活援助（グループホーム） | | | | | | |
| □施　設　入　所　支　援 | | | | | |  | | | | | | |
| 地域相談支援 | □地　域　移　行　支　援 | | | | | |  | | | | | | |
| □地　域　定　着　支　援 | | | | | |
| 地域生活支援事業 | □移動支援 | | | | | | □日中短期入所 | | | | | | |
| □通学支援 | | | | | | □  ご利用されるサービスにチェックを入れてください。 | | | | | | |
| 主治医 （※） | | 主治医の氏名 |  | | | | | | | 医療機関名  ご利用されるサービスにチェックを入れてください。 | | |  | | | | |
| 所在地 | **〒**  ご利用されるサービスにチェックを入れてください。  　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

　※　主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）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。）を申請する場合に記入すること。

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人情報利用同意  利用者負担額を設定するために文京区が庁内連携または個人番号を利用した情報連携により地方税関係情報を取得するには、**申請者を含めた世帯員の同意が必要になります**。保護者の属する住民票の同一世帯員全員の同意をお願いします。（押印は不要です。）  また、住民票上は別世帯であっても生計を一にする方がいる場合は同意が必要です。（未収入の大学生以下の方は、記載不要です）同意が必要な方に対して、署名欄が不足する場合は、お手数ですが、区までご連絡ください。 | 申請者の利用者負担額の決定のために必要な個人情報について、文京区長が取得することに同意します。  　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係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、通所支援の利用に関する意向聴取の内容、区市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書、障害福祉サービス等受給者証の記載内容の全部又は一部を、文京区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。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 世帯員の氏名 | 申請者との関係 | 個人番号 | 生年月日 | | 申請者氏名 | 本人 |  |  | | 申請者以外の世帯員氏名 |  |  | 年　　月　　日 | | | | |
| 世帯員（申請者を除く。）の居住地 | 〒  １月１日現在の住民登録地である区市町村　　都道府県：　　　　　　　区市町村 | | □申請者と同じ | |
| 申請する減免の種類  チェックを入れてください。 | * Ⅰ　負担上限月額に関する認定   申請者と同じ場合は☑をつけていただければ、住所の記載は省略可能です。  　　　　以下の区分の適用を申請します（当てはまるものに○を付ける。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　区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　区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  　　　４　区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  　　　５　みなし寡婦（夫）に該当する者（婚姻によらないで母（父）となり、現在婚姻をしていない者。ただし、控除については、一定の要件を満たした場合に適用となります。） | | | |
| □　Ⅱ　医療型個別減免に関する認定  　　　　以下のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。 | | |
| 〈20歳以上の方〉  申請者以外の方がご記入された場合は、代筆された方のお名前等をご記入ください。  １　療養介護利用者であること（年齢　　歳）  ２　区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〉  療養介護利用者であること（年齢　　歳） | |
| □　Ⅲ　施設入所者（※）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置）  　　　　以下のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 | | |
| 〈20歳以上の方〉  １　施設入所者であること（年齢　　歳）  ２　区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〉  施設入所者であること（年齢　　歳） | |
| □　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）  　　　　区市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、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（自己負担減免措置又は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。  　　注　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。  申請者以外の方がご記入された場合は、代筆された方のお名前等をご記入ください。 | | |

　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。

　　※　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）です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □　申請者本人　　　□　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 | | |