

記入例

2条第1項関係)

(介護給付費 訓練等
支給申

草津市福祉事務所 宛

次のとおり申請します。

* 太枠内の確認と記入をお願いします *

※サービスを受けられる方が18歳以上の場合は本人の氏名を、
18歳未満の場合は保護者氏名と児童氏名を印字しています。
※印字している情報に誤りや変更がある場合は、二重線を引き訂
正をお願いします。
※成年後見制度を利用されている方は対象者の氏名を記入し、続
けて後見人の氏名を御記入ください。(「〇〇後見人〇〇」)
氏名欄にはマイナンバーの記載をお願いします。

申 請 者	フリガナ	アオバナ タロウ		生年月日	昭和50年 1月 1日	
	氏 名 (個人番号)	青花 太郎 (1234 5678 1234)				
	居 住 地	〒525-8588 草津市草津三丁目13番30号 電話番号 077-561-2363				
	フリガナ	アオバナ コタロウ		生年月日	平成22年 2月 1日	
	支給申請に係る 児童氏名(個人番号)	青花 小太郎 (1234 5678 5678)		続 柄		
	身体障害者 手帳番号	第12344号	療育手帳 番 号	第12345号	精神障害者保健 福祉手帳番号	第654321号 疾病名
被保険者証の記号および番号 (※)				保険者名および番号(※)		
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

※「被保険者証の記号および番号」欄および「保険者名および番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	障 害 福 祉 関係サービス	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				
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 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	
		☐ 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	内容に変更がない場合は記入不要	
		☐ 生 活 介		
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 移 行 支 援		
		☐ 就労移行支援(養成施設)		
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型		
地域相 談支援	☐ 地 域 移 行 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型		
	☐ 地 域 定 着 支 援	☐ 共同生活援助(グループホーム)		

*** 裏面も忘れずにお願いします ***

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
査審査判定結果・意見および医師意見書の全部または一部を、
事業者、指定障害者支援施設また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。

申請者氏名

記入例

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、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合およ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。）または地域移行支援（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。いずれにもあ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または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およ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（年齢 歳） 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 歳）
	☐ 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 歳） 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 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） 市町村民税非課税世帯また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。	

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。

同意書	福祉サービスに支給される者の年金・課税状況	氏名の記入をお願いします。	決定等、申請内容の事実確認の目的で、本人および扶養義務者の署名捺印を求めます。
	☒ 同意する ☐ 同意しない	申請者 青花 太郎 青花 世帯主 青花 太郎 青花	

申請書提出者	☒ 申請者本人 ☐ 申請者本人	令和3年4月以降、特例規則により押印の省略が可能です。
氏名		
住所	〒	電話番号