

**(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)  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書**

様式第1号

(あて先) 仙台市長  
次のとおり申請します。

新規・更新

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 |               |   |   |  |  |  |
|     | フリガナ            |   |  |  |  |  |        |  |  |  |             | 生年月日 | 年             | 月 | 日 |  |  |  |
|     | 支給申請に係る児童氏名     |   |  |  |  |  |        |  |  |  |             |      |               |   |   |  |  |  |
|     | 個人番号            |   |  |  |  |  |        |  |  |  |             | 続柄   |               |   |   |  |  |  |
|     | 身体障害者手帳番号       |   |  |  |  |  | 療育手帳番号 |  |  |  |             |      | 精神障害者保健福祉手帳番号 |   |   |  |  |  |
|     | 被保険者証の記号及び番号(※) |   |  |  |  |  |        |  |  |  | 保険者名及び番号(※) |      |               |   |   |  |  |  |

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」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   | 有効期間        | 年 月 日まで |
|           |            | 利用中のサービスの種類と内容等 |     |      |             |         |
| 介護保険サービス  | 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 ( ) |         |
|           |            | 利用中のサービスの種類と内容等 |     |      |             |         |

|            |        |  |   |  |  |      |       |
|------------|--------|--|---|--|--|------|-------|
| 申請するサービス   | 介護給付費  | 訪問系その他   | <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護<br><input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援  |  |  |      |       |
|            |        | 日中活動系  | <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護   |  |  |      |       |
|            |        | 居住系  | <input type="checkbox"/> 施設入所支援   |  |  |      |       |
|            |        | 主治医  | 主治医の氏名  |  |  |      | 医療機関名 |
|            | 所在地    |  | 〒   |  |  | 電話番号 |       |
|            | 訓練等給付費 | 訪問系その他   | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 就労定着支援   |  |  |      |       |
|            |        | 日中活動系  | <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援<br><input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 |  |  |      |       |
|            |        |  | 障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する場合)  |  |  |      | 有・無   |
|            | 地域相談支援 | 居住系  | <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)  |  |  |      |       |
|            |        | 地域相談支援   | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援   |  |  |      |       |
| 申請に係る具体的内容 |        | サービス利用開始希望日： 年 月 日<br>計画相談支援： セルフプラン・介護ケアプラン・事業所名： |   |  |  |      |       |

|   |               |  |  |
|---|---------------|--|--|
| 申請する減免の種類   | 所得区分認定        | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。(あてはまるもの[数字]に○をつけてください。)   |  |
|   |               | 1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯(※)に属する者<br>※療養介護を利用する場合は、下記の①又は②の当てはまる方にも○をつける。<br>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<br>②①以外のもの<br>3 市町村民税課税世帯(障害者の場合は所得割額16万円未満、障害児の場合は所得割額28万円未満)に属する者<br>※20歳未満の施設入所者(注1)については、障害児として取扱います。<br>(注1)20歳未満の施設入所者とは、20歳未満の者であって、指定療養介護事業所、指定障害者支援施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律附則第21条第1項に規定する特定旧法指定施設(通所による支援を行うものを除く。)又は指定知的障害児施設等に入所又は入院している者 |  |
|   | 医療型減免         | <input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定<br>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><br>1 療養介護利用者であること(年齢 才)<br>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><br>1 療養介護利用者であること(年齢 才)  |
|   | 特定障害者特別給付費    | (施設入所者)  | <input type="checkbox"/> III 施設入所者(注2)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)<br>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。<br>(注2)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)<br>※特定障害者特別給付費については、知的障害者通勤寮入所者は対象となりません。 |
| <20歳以上の方><br>1 施設入所者であること(年齢 才)<br>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><br>1 施設入所者であること(年齢 才)  |
|   | (グループホーム等入居者) | <input type="checkbox"/> IV グループホーム等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)<br>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。  |  |
| 生活保護への移行  |               | <input type="checkbox"/> V 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<br>生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。<br>※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。ただし、Iのみを申請する場合に限り、下の「申請者氏名」欄に署名される場合については、書類を添付する必要はありません。

◎下記「申請者氏名」欄の記入をお願いします。

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は必要があるときは、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、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の全部又は一部を、仙台市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。

本申請に係る利用者負担額及びその減額・免除等の認定にあたり必要な場合には、仙台市が私及び私が属する世帯員の収入状況について調査することに同意します。

|       |            |
|-------|------------|
| 申請者氏名 | 代筆者<br>( ) |
|-------|------------|

◎本申請書の提出者について(※申請者本人以外の方が提出される場合に記入願います)

|      |   |         |  |      |                                 |
|------|---|---------|--|------|---------------------------------|
| フリガナ |   | 申請者との関係 |  | 電話番号 |                                 |
| 氏名   |   |         |  |      |                                 |
| 居住地  | 〒 |         |  |      | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |

◎本申請に伴う障害支援区分認定調査を受けるにあたり、次のとおり届出します。

(1) 障害支援区分認定調査を受ける際に連絡調整を行う方

- 申請者本人 ⇒連絡先欄以降に記入       申請者本人以外 ⇒下の欄の全てに記入

|                   |  |             |  |
|-------------------|--|-------------|--|
| フリガナ<br>氏名        |  | 申請者<br>との関係 |  |
| 居住地               | 〒 _____<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>連絡先【自宅・自宅以外( _____ )】<br>電話番号( _____ )<br>電話連絡を受ける都合の良い曜日・時間等※( _____ )<br>※平日の8:30～17:00 でお願ひします。 |             |  |
| 日程調整時注意<br>が必要な事項 | 記載例) 月・水・金の午前は通院している   |             |  |

(2) 障害支援区分認定調査を受ける際に同席される方

- 上記の連絡調整を行う方が同席 ⇒下の欄の記入は不要  
 上記の連絡調整を行う方と異なる方が同席 ⇒下の欄に記入  
 同席者はいない ⇒下の欄の記入は不要

|            |                                     |             |  |
|------------|-------------------------------------|-------------|--|
| フリガナ<br>氏名 |                                     | 申請者<br>との関係 |  |
| 連絡先        | 連絡先【自宅・自宅以外( _____ )】<br>電話番号 _____ |             |  |

(3) 障害支援区分認定調査の実施場所 (希望がある場合のみ記入)

- 自宅 ⇒駐車場の有無のみ記入       自宅以外 ⇒下の欄に記入

|                  |  |      |  |
|------------------|--|------|--|
| 施設等の名称           |  | 電話番号 |  |
| 施設等の所在地          |  |      |  |
| 訪問調査時の<br>駐車場の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 近隣に有料駐車場あり <input type="checkbox"/> 日程調整時に要確認 |      |  |

◎本申請を行うにあたっては、次に記載されている事項に同意します (同意しない場合は、該当箇所を二重線で消してください) (\*: 児の申請にあつては、申請者を保護者となす「支給申請に係る障害児」と読み替えます)

- サービス利用計画の作成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票 (概況調査・基本調査・特記事項) 及び医師意見書に記載された情報 (以下「認定調査票等」といいます。) を指定相談支援事業者に対し提供すること
- 障害福祉サービスの提供に必要があるときは、認定調査票等を障害福祉サービスの提供に係る契約を現に締結し、又は締結を予定している指定障害福祉サービス事業者に対し提供すること
- 医師意見書に記載した医師から要望があるときは、障害支援区分認定の認定結果及び認定有効期間にかかる情報を同医師に提供すること
- 施設や病院等内で障害支援区分認定のための訪問調査を実施するときは、施設や病院等内の職員から、申請者\*の心身の現況等について聴取すること
- 必要に応じて申請者\*の日頃の状況を把握している方から、申請者\*の日頃の状況を聴取すること
- 介護給付費 (旧法施設支援を除く) の支給申請の場合、仙台市が本申請書に記載された主治医に対し医師意見書の作成を依頼し取得すること

|       |  |
|-------|--|
| 申請者氏名 |  |
|-------|--|

代筆者  
( \_\_\_\_\_ )