

別記第1号様式（第4条関係）

障害福祉サービス等（新規・更新・変更）支給申請書兼収入等申告書兼確認同意書

音更町長 宛て

次のとおり申請及び申告するとともに、障害福祉サービス等の支給決定に伴い音更町が必要な調査を行うことに同意します。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なときは、障害支援区分認定にかかる認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、審査会における審査判定結果・意見、医師意見書の全部又は一部その他作成に必要な情報を音更町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者に提示することに同意します。

申請年月日 年 月 日

1 申請・申告・同意者について

申請・申告・同意者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号： (自筆又は押印)				
	居住地	〒				
フリガナ		生年月日		年 月 日		
支給申請に係る児童又は家族氏名(※1)		続柄				
個人番号：						
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	電話番号		その他証明書類	
被保険者証の記号及び番号(※2)		保険者名(※2)				

※1 対象者が、18歳未満の場合は対象者氏名を、18歳以上の場合は、家族等の連絡先を記入すること  
 ※2 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「被保険者名」欄は、療養介護を申請する場合に記入すること。

2 申請内容等について

サービスの状況	障害福祉サービス等	利用中のサービスの種類、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1・2・要介護 1 2 3 4 5	
申請するサービス	介護給付	<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 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援				
	訓練給付	<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"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 共同生活援助				
	地域相談支援給付	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援		<input type="checkbox"/> 計画相談支援給付		<input type="checkbox"/> 障害児相談支援給付
	障害児通所給付	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（未就学児） <input type="checkbox"/> 放課後等ディサービス（就学児） <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援（未就学児） <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援				
	地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 <input type="checkbox"/> 意思疎通支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業 <input type="checkbox"/> 視覚障がい者リハビリテーション事業				
	申請に係る具体的内容					

※申請書提出者（申請者と異なる場合のみ記入（施設職員等））

氏名	申請者との関係	住所（施設名等）
		〒
		電話番号

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、介護給付費等を申請する場合に記入すること。

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 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 ②①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 ※18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障がい者の「世帯」の範囲は「障がいのある方及び同一世帯に属する配偶者」です。	
	<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 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"/> 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の者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（共同生活援助）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（定率負担軽減措置、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"/> 定率負担軽減措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）（の変更）を申請等します。 ※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。		

（注） いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

### 3 世帯の状況等について

	氏名	世帯主	本人との関係	年齢	生年月日	保育所等への通園	市町村民税の状況 (所得割額)
申請者							<input type="checkbox"/> 課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員	個人番号:						<input type="checkbox"/> 課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号:						<input type="checkbox"/> 課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号:						<input type="checkbox"/> 課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号:						<input type="checkbox"/> 課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税
<b>世帯全体の市町村民税額</b>							<input type="checkbox"/> 課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税

### 4 申請者等の収入の状況について

#### (1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

#### (2) 収入等の状況

収入(A) (年収)

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等 (障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障がい事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金等) (②)	円
	特別児童扶養手当等 (特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当) (③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入 ( )	円
その他の収入	仕送り収入	円
	その他の収入 ( )	円

#### 必要経費(B)

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

#### (記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
- 幼稚園に通園している場合等は、通園を証する書類を添付してください。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

#### ※音更町記入欄

所得区分	1 生活保護	2 低所得1	3 低所得2	4 一般1	5 一般2
月額上限負担額	ア: 0円	イ: 4,600円	ウ: 9,300円	エ: 37,200円	
多子軽減措置	ア: 非該当	イ: 第2子該当	ウ: 第3子以降に該当		
上記のとおり確認しました。					
年 月 日					
調査者 _____ (自筆又は押印)					