

別府市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 元 年 10 月 11 日

申請者	フリガナ	ベツフ タロウ	生年月日	大分県 昭和 55 年 5 月 5 日
	氏名	別府 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
	居住地	〒 874 - 1111 電話番号 0977-21-1111 別府市〇〇町〇番〇号		

① 18歳以上の方は利用する本人名、18歳未満の方は保護者名を記入します

支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成 令和 年 月 日
			個人番号	
			続柄	

② サービスの利用者が18歳未満の場合、利用する児童の名前を記入します

③ 障害者手帳番号	大分県 第12345号	療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)			④		保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援A型又はB型のサービスを申請する者に限り)						⑤ 有・無	

③ 手帳をお持ちの方は手帳の番号、難病の方は疾病名を記入します

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」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	⑥ 障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	平成28年6月1日~平成31年1月31日
	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

④ 療養介護の利用を希望する方は、健康保険証の番号等を記入します

⑤ A型、B型の利用を希望する方は、あてはまる方に○を記入します

申請するサービス	⑦ サービスの種類		⑧ 申請に係る具体的内容	
	区分	介護給付費		訓練等給付費
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 就労定着支援
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 自立生活援助
		<input type="checkbox"/> 同行援助		
		<input type="checkbox"/> 行動援助		
		<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"/> 自立訓練(機能訓練)
		<input type="checkbox"/> 生活介護		<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		
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) ※2		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input checked="" type="checkbox"/> 家賃証明書の添付		
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
計画等	<input checked="" type="checkbox"/> 計画相談支援給付費			

⑥ 申請日時時点の障害福祉サービス、介護保険サービスの利用状況について記入します

⑦ 利用を希望するサービスにチェックを入れます

⑧ 障害支援区分が必要な方等はチェックを入れます。また、希望するサービスについて具体的に記入します。共同生活援助を希望す

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、別府市障害支援区分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、別府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

⑨ 同意する場合は記名・押印します

申請者氏名 別府 太郎

主治 医 (※)	主治医の氏名	別府Dr	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 874 - 9999 別府市〇〇町〇番地	電話番号	0977-21-XXXX

⑩障害支援区分を必要とするサービスを申請する場合は、主治医を記入します

(※) 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。

申請する 減免等 の種類	11	I 負担上限月額に関する認定 次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 ○ 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	
	12	II 医療型個別減免に関する認定 次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) <20歳未満の方> 1 療養介護利用者であること (年齢 38 歳) 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	
	13	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) 次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> <20歳未満の方> 1 施設入所者であること (年齢 38 歳) 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	
	14	<input type="checkbox"/> 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。	
	15	<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。	

⑪あてはまる所得区分に○をつけます

⑫療養介護を利用する方で該当する場合にチェックと年齢を記入します

⑬施設入所支援を利用する方で該当する場合にチェックと年齢を記入します

⑭共同生活援助を利用する方で該当する場合にチェックをします

⑮境界層に該当する場合にチェックをします

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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ	ベツフ ハナコ	申請者との関係	母
氏名	16 別府 花子		
住所	〒 874 - 1111 別府市〇〇町〇番〇号	電話番号	0977-21-1111

⑯この申請書を提出する人にチェックを入れ、申請者と異なる場合に記入します。

⑰提出者と申請者が異なる場合に、申請者の氏名を記名・押印します。

17 氏名 **別府 太郎**

申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。