

岡山市介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費・特定障害者特別給付費等支給（変更）
 申請書兼障害支援区分認定変更申請書兼
 利用者負担額減額・免除（決定変更）申請書兼世帯状況申告書

岡 山 市 長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

【申請の内容】 新規 変更（サービスの種類 利用者負担額 障害支援区分） 更新

なおこの申請につき、市長が私又は私の世帯員の心身の状態、税務関係情報、資産・収入状況の調査を行うこと及び医師、税務関係課、社会保険事務所、銀行、信託会社等が回答することに同意します。また、心身の状態の調査結果を岡山市障害者総合支援審査会又は指定特定相談支援事業者に提供することに同意します。

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏名	(署名又は記名押印)	生年月日	昭和 年 月 日 平成
	居住地	〒	電話番号 () -	
フリガナ		個人番号		
支給申請に係る障害児名		生年月日	平成・令和	年 月 日
		続柄		
身体障害者手帳番号	再判定	療育手帳番号	今回の判定年月	精神保健福祉手帳
県 市 号	有・無 年 月	号	有・無 年 月	号
難病等の疾病名		NO. ()	*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施行例の別表（第1条関係）に規定する番号を記入。	
障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援A型及びB型のサービスを申請する者に限る。年金の等級が確認できるものが必要です。)				有・無

主治医の欄は、障害支援区分認定の申請、地域移行支援を申請する場合に記入すること。

※主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
	最終受診日	平成・令和	年 月 日頃	電話番号
認定調査希望日時				
(変更の理由)				

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	
(変更)申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護・家事援助・通院介助・通院等乗降介助)	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助
		<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	
日中活動系	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	※ 雇用契約 (有・無)
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
	/	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	※ 視覚障害者に対する訪問訓練 (有・無)
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	/
	/	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 体験利用 <input type="checkbox"/> 身体介護利用(有・無)	
地域相談支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	<input type="checkbox"/> サテライト型希望(日中サービス支援型は除く。)	
		利用希望施設名 ()	

サービス利用の状況	障害福祉サービス(者)	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	利用中のサービスの種類と内容等	
	障害児通所・入所支援(児)	利用中のサービスの種類と内容等 (受給者証番号)					
	同一世帯内の上記サービス利用者氏名及び受給者番号	氏名	者・児	氏名	者・児	氏名	者・児
	受給者証番号	受給者証番号	受給者証番号	受給者証番号	受給者証番号	受給者証番号	受給者証番号
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 (被保険者番号)

(変更)申請する減免の種類	所得区分認定	<input type="checkbox"/> 1 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。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) (1) 生活保護世帯 又は 中国残留邦人等に対する支援給付受給世帯 (2) 市町村民税非課税世帯<注1> (3) 市町村民税課税世帯に属する方のうち、世帯の市町村民税所得割額の合計額が16万円<注2>未満で、かつ以下に当てはまるもの ・在宅において生活する方又は20歳未満の施設入所者	
	特定障害給付費	<input type="checkbox"/> 2 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。 (20歳以上の方) (20歳未満の方) (1) 施設入所者<注3>であること(年齢 才) (1) 施設入所者<注3>であること(年齢 才) (2) 市町村民税非課税世帯の方又は生活保護受給世帯の者 (2) 市町村民税非課税世帯の方又は生活保護受給世帯の者	
	医療型個別減免	<input type="checkbox"/> 3 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。 <input type="checkbox"/> 4 医療型個別減免に関する認定 下記の①または②にあてはまるため、個別減免を申請します。 ・市町村民税非課税世帯の方のうち、療養介護を受けているものであって 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 ② ①以外のもの (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 才) (1) 療養介護利用者であること(年齢 才) (2) 市町村民税非課税世帯の者 (2) 市町村民税非課税世帯の者	
	生活保護への移行予備措置	<input type="checkbox"/> 5 生活保護への移行予備措置(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備措置(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。	
	な控妻し過用等天者みー	<input type="checkbox"/> 6 ※婚姻歴がなく、現在婚姻状態(事実婚を含む)にない父又は母であり、別途要件に該当する者で、適用を受けるにあたっては別に申請が必要です。	
	申請者の状況	<input type="checkbox"/> 居宅で生活する18歳以上の方又は20歳以上の施設入所者 <input type="checkbox"/> 上記以外(児童)	

世帯状況申告欄	世帯員(申請者以外)	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
	1				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	2				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	3				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	4				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

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。

<注1>18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、住民票に記載された世帯ではなく、「障害のある方本人及び同一の世帯に属する配偶者」です。

<注2>18歳未満(入所施設利用者は20歳未満)の場合は28万円

<注3>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)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏名		申請者との関係
住所	〒	電話番号



※申請手続、受給者証の受領(即日、窓口にて交付できる場合に限り)を頼まれた場合は、委任状を添付するか、下欄へ頼んだ人の住所、氏名の記入が必要です。また委任する内容を○で囲んでください。

委任内容	私は、上記「申請書提出者」に上記の申請手続・受給者証の受領を委任します。		
氏名	(署名又は記名押印)	住所	