

別記様式第1号(第3条関係)

障害福祉サービス費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書
及び府中市地域生活支援事業申請書

府 中 市 長 様

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:	性別			
	居住地	〒 府中市 電話番号(FAX)				
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名	個人番号:	性別		続柄	
身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号				
療育手帳番号		疾病名				
被保険者等の記号及び番号(※)		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B型のサービスを申請する者に限る。)						有・無

※「被保険者等の記号及び番号」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に記入すること。

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(区分)・無	有効期間	
	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			
		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		具体的内容や希望施設名
		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"/> 自立生活支援	
		<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"/> 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	
			<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				
<input type="checkbox"/> 就労選択支援				
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
			<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"/> サテライト型	
地域相談支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	/	
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		
地域生活支援		<input type="checkbox"/> 移動支援	/	
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援		

主治医(※)	医療機関名		主治医の氏名	
	医療機関の所在地	〒 電話		

(※)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。

申請する減免の種類 (該当する番号に○をつけてください。)	(1)負担上限月額に関する認定（該当する番号に○をつけてください。） 1. 生活保護を受給している。 2. 利用者（児童の場合は保護者）とその配偶者が市町村民税非課税で、利用者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80万円以下である。 3. 利用者（児童の場合は保護者）とその配偶者が市町村民税非課税で、上記2以外である。 4. 上記1～3以外である。 ※2又は3に該当する方は、年金・手当等の受給額がわかるもの（年金証書の写し、振込通知書又は年金・手当の振り込まれている通帳の写し等）を提出してください。
	(2)医療型個別減免に関する認定(次の条件にあてはまる方は該当する番号に○をつけてください。) 1. 20歳以上の方 ア. 療養介護利用者であること(年齢 歳) イ. 市町村民税非課税世帯の方 2. 20歳未満の方 ア. 療養介護利用者であること(年齢 歳)
	(3)施設入所者(※1)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) (次の条件にあてはまる方は該当する番号に○をつけてください。) 1. 20歳以上の方 ア. 施設入所者であること(年齢 歳) イ. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の方 2. 20歳未満の方 ア. 施設入所者であること(年齢 歳) ※1 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)
	(4)グループホーム入居者(※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(家賃軽減措置) 1. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の方 ※2 対象施設は、共同生活援助(グループホーム)
	(5)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 1. 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) *申請する方は、福祉事務所が発行する境界層該当証明書を提出してください。

以上のとおり申請します。

なお、申請者の世帯に係る住民基本台帳、税関係書類(固定資産に関するものを含む。)、年金・手当等の受給状況について関係機関へ調査することに同意します。(府中市で課税状況等の確認が困難な場合は、確認できる書類を提出します。)

また、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・概要調査の内容、サービス利用意向の聴取の内容、府中市障害区分認定審査会における審査判定結果・意見及び医師の意見書の全部又は一部を、府中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。

申請者	印		
届出者	*届出者が申請者本人以外の場合は記入してください。		□代理人 □代行者
	フリガナ		申請者との関係
	氏名	印	
居住地	〒	電話番号	