

児童（18 歳未満）は保護者、
それ以外はご本人の氏名を
記入してください。

申請日を記入してください。

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ	コウチ タロウ	個人番号		
支給（給付）申請 障害者（保護者） 氏 名	高知 太郎（※） <small>※自署しない場合は、記名押印をお願いします。</small>	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
居 住 地	〒 780 高知市	電話番号	090-1234-5678	
フリガナ		個人番号		
支給申請に係る 障 害 児 氏 名		生年月日	平成 ・ 令和	年 月 日
身体障害者 手帳番号		続 柄		
疾病名	児童（18歳未満）の場合のみ ご記入ください。		精神障害者保健 福祉手帳番号	

主治医の氏名（※）	就労継続支援 A 型・B 型を利用する方は、 障害基礎年金 <u>1 級</u> の受給状況を記入ください。	助に係るものであって、入浴、 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 室が設けられているものを含む。
（※） 「主治医の氏名」欄及び「医療機 排せつ又は食事等の介護の提供を受 望する場合に限る。）又は地域移行 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。		
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者に限る。）		有 ・ 無

利用状況	サービスの 障 害 福 祉 関 係 サ ー ビ ス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等 (非該当 1 2 3 4 5 6)						有効 期間
		利用中のサービスの種類及び内容等								
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 () ・要介護 (1 2 3 4 5)					
		利用中のサービスの種類及び内容等								
申請するサービスの種類										申請に係る具体的内容
障害福祉 サービス 及び地域 相談支援	<input type="checkbox"/> 居 宅 介 護		<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (□養成施設)							
	<input type="checkbox"/> 重 度 訪 問 介 護		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型)							
	<input type="checkbox"/> 同 行 援 護		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (B型)							
	<input type="checkbox"/> 行 動 援 護		<input type="checkbox"/> 就 労 定 着 支 援							
	<input type="checkbox"/> 短 期 入 所		<input type="checkbox"/> 自 立 生 活 援 助							
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		<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"/> 日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 介護の提供 (□有 □無) <input type="checkbox"/> サテライト型							
	<input type="checkbox"/> 療 養 介 護									
	<input type="checkbox"/> 生 活 介 護									
	<input type="checkbox"/> 施 設 入 所 支 援									
	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練)		<input type="checkbox"/> 地 域 移 行 支 援							
	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練)									
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		<input type="checkbox"/> 地 域 定 着 支 援							
<input type="checkbox"/> 就 労 選 択 支 援										
障害児通所 サービス	<input type="checkbox"/> 児 童 発 達 支 援		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援							
	<input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 難聴児 <input type="checkbox"/> 医療型		<input type="checkbox"/> 多 子 軽 減 措 置							
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援		<input type="checkbox"/> 第2子該当 <input type="checkbox"/> 第3子以降該当							
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス									
地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 移 動 支 援 事 業		<input type="checkbox"/> 訪 問 入 浴 事 業							
	<input type="checkbox"/> 日 中 一 時 支 援 事 業									
<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設										

申請する減免の種類	所得区分認定	<input checked="" type="checkbox"/> I 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。 (該当するものに○を付ける。いずれにも該当しない場合は、□にしろし(☒)をつけて、当てはまる番号を○で囲んでください。 1 生活保護受給世帯 2 特定中国残留邦人等に対する支援給付受給世帯 3 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)の該当するものに○を付ける。 (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80万9,000円以下のもの (2)(1)以外のもの 4 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)の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。	
	医療型個別減免	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも該当するため、医療型個別減免を申請します。 〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者 〈20歳未満の方〉 療養介護利用者(年齢 歳)	
	(食費等軽減措置) 特定障害者特別給付費	<input type="checkbox"/> III 施設(障害者支援施設)入所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(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにも該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 〈20歳以上の方〉 1 施設入所者(年齢 歳) 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〉 施設入所者(年齢 歳)	
	(家賃軽減措置) 特定障害者特別給付費	<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該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付への移行予防措置	<input type="checkbox"/> V 生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付への移行予防措置(定率負担減免措置)に関する認定 生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付への移行特例措置)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 施設入所者・グループホーム入居者について、補足給付または家賃補助を申請する場合は、該当する部分にしるし(☒)を付けてください。	

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。

【同意事項】

- 介護給付費等の支給の申請・決定・利用及び利用者負担額の算定・決定に当たって、私及び私の「世帯」に関する住民基本台帳、「世帯」の課税状況等、特別障害者手当等の受給状況、生活保護受給の有無、特定中国残留邦人等支援給付受給の有無、多子軽減に係る通園・通所の状況、利用者の医師意見書の依頼・回収等を高知市長が各関係機関に照会し、確認することについて同意します。
- サービス等利用計画又はサービス提供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、高知市介護給付費等の支給に関する審査会における審査判定結果・意見及び介護給付費等医師意見書の全部又は一部を高知市が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。
- 医療型個別減免及び生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付について、高知市長が
- 療養介護の支給決定額減額認定証につ

代理人の方が申請する場合のみご記入ください。

※日中に連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。

に当たって、収入等申告書の記載内容に
証又は国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証について同意します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給(給付)申請障害者(保護者)本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他(本人との関係:)		
フリガナ	コウチ ハナコ		生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日
氏名	高知 花子		
住所	〒780-0870 高知県高知市本町5丁目 1-45 電話番号 (080) 1234-5678		

- ※ 「支給(給付)申請障害者(保護者)本人」である場合は、記入は不要です。
- ※ 「その他」で成年後見人等の代理権を有する者である場合は、代理権を確認できる資料が必要です。