

	介護給付負	・訓練 支給(-	也域/ 請書	相談支持	爰給作	†費		
斑鳩町	長 様														A =		_			_	
次の	とおり申請	します。												-	令和		年	月		目	
]サービス・	障害支持	爱区分		規 申	請			—Ľ		継続	-				コサー	ービス	変更	申	清	
	障害支援区 負担額減額	_	更新 医更由							接区位					纷生	础地	員、その	(H) ·)
		△ <i>Ŋ</i> <u>2</u>	<u> </u>	· 111				ابحرا	小日~日	HTT 1	丁人	-13'	丁申月		カソノへ	、 19/X] J	貝、 こ v フ i	165.			,
	た、サービス系																				
	、サービス利用 談支援事業者、																	部を、:	处場	四1 Ŋ z v̄)恒
	請者氏名	(フリカ゛ナ)													大	正 E	昭和				
	未満の場合は 護者氏名)											生	年月	日		成		年	Ξ.	月	日
【作	固人番号】																		(歳)
申請	情者居住地	〒 左良県	具生駒君	怀按九	細丁																
		(フリカ・ナ)		1145777.200	1								電話	番号							
	害児氏名 沫満の場合)							生	年月	月	平	成	令和	年		月	日				
	固人番号】																				
		=											1126113								
障害	5児居住地	奈良県	具生駒君	你斑鳩	町								電話	番号							
手帳	□身障手帳	□療育手	帳 口	結油階	章害者	早健	ニューイ	THE:									Λ 4 /στ σ				
	(番号:			1H111F)) 	仙 仙于		□そ	·の他 (・金1級の 続B型のみ	D受給 (x)	の	有	· 無
被保	(番号: 以 以 以 と し 、 と 、 と 、 と 、 を 、 を 、 を 、 を 、 を 、 を 、 を	个護のみ)) 子番号)	届 位于	· 	□そ	·の他 (保険	者名	i :						(+)	<i>の</i>	有	• 無
サー	場 (療養) 総合支援法		女援区/	記号)	:		·····································				1:		7	有無億	就労継	続B型のみ	分 番号:	の 年	月月	・無
サービス利	以除者証(療養)	障害式		記知分	う 号番号 無 ・	:	分(保険		1:		7	有無億	优労継	続B型のみ 保険者習	分 番号:			
サー	総合支援法 介護給付等	障害式	支援区分	分	無・の	: 区:	分(0)		保険 有効期	間		利用	4	有無(g 年	优労継	続B型のみ 保険者習	分 番号:			
サービス利用の	総合支援法 介護給付等	障害。	古番号	分	無・の	: 区:	分(0) ————————————————————————————————————	介護(保険 有効期	間			4	有無(f) 年 ニニュニョ	优労継	続B型のみ 保険者習	分) 番号: 。 定	年		Ħ
サービス利用の	総合支援法 介護給付等 介護保険 要	障害3 受給 (全分護認定 サービン	支援区公 者番号 ス種類 重度 記	分無・) 房番号 無・ の 要支	: 区:	分(0) ————————————————————————————————————	介護(保険 有効期) 今回	間			オ サーE 前	有無(f) 年 ニニュニョ	优労継	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ
サービス利用の状	総合支援法 介護給付等 介護保険 要	障害3 受給 (4) 受給 (4) (5) (5) (6) (7) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7	支援区分 者番号 ス種類 重度 記 支援	記 分 無 ・	計番号無・の要支き	: 区:	分(0) ————————————————————————————————————	介護(保険 有効期) 今回	間	主な		オ サーE 前	有無(f) 年 ニニュニョ	月 時間	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ
サービス利用の状	総合支援法 介護給付等 介護保険 要	障害3 受給 4 サービ サービ 1 1 1	支援区分表番号 ス種類 重度記 □ 同行	記 分 無 ・) 無・ の 要支	: 区:	分(0) ————————————————————————————————————	介護(保険 有効期) 今回	間	主な		オ サーE 前	有無(f) 年 ニニュニョ	月	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ
サービス利用の状	総合支援法介護給付等 「大護保険 要 「居宅介護」 「重度障害」 「行動援護	障害す 受給 (学の) (学) (日立生活	支援区分表番号 ス種類 重度記 □ 同行	記号 分 無 方間介 式授護 就労定着) 無・ の 要支	: 区:	分(0) ————————————————————————————————————	介護(保険 有効期) 今回	間 時間 日	主な		サートが	有無(g	月 時間 時間	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ
サービス利用の	総合支援法介護給付等 「一方が援護」 「一方が表述」 「	障害す 受給 引か護認定 サービン 者等包括 口 <u>は生</u> 紙 (口機能	支援区2 本番 類 重支 同门 動 	記 無 が 無 が が が 変 を を に に に に に に に に に に に に に	(大) 大) 大	(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	分(0) ————————————————————————————————————	↑ () () () () () () () () () () () () ()	保険 有効期) 今回 申請量(月	間 時間 日	主な		サード前が支給量	有無(g	月 時間 時間	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ
サービス利用の状	総合支援法 介護給付等 介護保険 要 「居宅介護 「重度障害」 「短期入所」 「療養介護	障害す 受給 子介護認定 サービン 者等包括 □ □ 立生紙 □ □ 位機能 (□機能 した援 □	支援区分 者 工 種 東援 □ □ 計 記 前 就 労 □ □ 計 記 対 □ 計 記 対 □ 計 記 □ 計 記 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計	記 分 無 が が 大 が 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大	(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	分(0) ————————————————————————————————————	↑ () () () () () () () () () () () () ()	保険 有効期) 今回 申請量(月	間 時間 日	主な		サード前が支給量	有無(g	月 時間 時間	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ
サービス利用の状	除者証 (療養) 総合支援法 介護給付等 介護保険 要 □ 居宅介護 □ 重度障害 □ 短期入所 □ 短期入所 □ 原養介護 □ 成 期入所 □ 原 立訓練 □ 成 労移行	障害す 受給 子介護認定 サービン 香等包括 「日立生紙」 「大援」「「 大援」「「	支援区分 者 工 種 東援 □ □ 計 記 前 就 労 □ □ 計 記 対 □ 計 記 対 □ 計 記 □ 計 記 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計 □ 計	記 新 新 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大	() 要 護 () 「	(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	分(0) ————————————————————————————————————	↑ () () () () () () () () () () () () ()	保険 有効期) 今回 申請量(月	間明明明日数	主な		サード前が支給量	有無(g	財 時間 日	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ
サービス利用の状	除者証 (療養) 総合支援法 介護給付等 介護保険 要 □ 居宅介護 □ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	障害す 受給 受給 サービ 口括 「一般 口機 口」 「「 」 「 「	支援区 / A / 重支 □ 黝 活訓就 A / 重支 □ 動 活訓就 A / 重支 □ 動 が	治 無 間 接	新	(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	分(0) ————————————————————————————————————	↑ () () () () () () () () () () () () ()	保険 有効期) 今回 申請量(月	間 時間 日 数 日	主な		サード前が支給量	有無(g	財 明 間 日	続B型のみ 保険者者 日~ 支給決	分) 番号: 。 定	年	月	Ħ

□利用計画

未策定

□ 前回の支給決定内容と変更はありません

□セルフプラン

支給(変更)を希望

する理由

主治	告医の氏名			医療機関名						
		₹								
所	在地	Ī			77-6-6					
電話番号 (※) 主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(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。〕										
			・慶和的質文は必要を日文版(FFFF ・。)を申請する場合記入すること	ATTINIPE (RETTATIN	がなっている。					
申請する減免の種類										
ΙΠΙ	□ 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。(あてはまるものにレ印をつける。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レ印をつける。 □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80万9千円以下のもの □② ①以外のもの										
] 3. 市町村	 大税調	!税世帯(障害者:所得割 16 万円;	未満、障害児 28 万	「円未満)に属する者					
*	18 歳以」	上の障害	長者の「世帯」の範囲は、「障がい	のある方及び同一の	の世帯に属する配偶者」					
			社に関する認定 ルにもあてはまるため、医療型:	個別減免を申請	します。					
		2入所者	〉 行であること(年令 才) 往井課税世帯又は生活保護受給世帯		〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才)					
	下記の	いずオ	主)に対する特定障害者特別給 いにもあてはまるため、特定障 対象施設は、介護給付費の対象とが	害者特別給付費						
	□ 〈20歳以上の方〉 □ 〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才) 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者									
□IV グループホーム等入居者(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(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護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。 (注)対象事業所は、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)										
□V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置 □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。										
いず	 ≀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	□申請者本人 □申請者	首本人以外 (下の)欄に記入)					
氏	名			申請者	省との関係					
住	戸	Í	斑鳩町	,	電話番号					



平成 年 月 日

記載例

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費・地域相談支援給付費 支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

斑鳩町長	様
10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1	1/1/

次の	とおり申請	します。											
	サービス・	障害支援区	区分 兼	折規 申請(■サ	1	·11—12	申請		・ビス 💈	②更 申請	Ė	
	□障害支援区分 <u>更新</u> 申請 □障害支援区分 <u>変更</u> 申請												
_	負担額減額	· · · <u></u>	E 申請						(紛失、破損)	
	また、サービス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、市町村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、斑鳩町から指 定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに 同意します。													
						支援	施設の関係。	人に提示する	ことに 同意し	<i>、</i> ます。			
	清者氏名	(フリカ゛ナ)	11	ルガタ	ロウ				明治 ナ	正	_		
	未満の場合は 養者氏名)		斑鳩	太郎				生年月日	昭和平	龙成	年,	月 日	
	国人番号】	1 2 3	8 4	5 6 7	8 9	0	1 2				(歳)	
					1010	1 -	1 - 1 - 1						
申請	渚居住地		越寺	5 0-0-	-0				ææt:	亚. 口			
									電話	番号			
障	害児氏名	【グリカーナ】	1 TIIL	# 47	いつ			生年月日	平成	年	月	日	
(18歳	未満の場合)		斑鳩	三郎			_	由建老しの					
【個	国人番号】	0 1 2	2 3	4 5 6	7 8	9	0 1	申請者との 続柄					
L 11-	-/ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	_		T D U			• •	7,52113		子			
障害	児居住地	─ 一 奈良県生	駒郡斑鳩	詗				電話番号	<u>.</u>				
工士 ■身障手帳 □療育手帳 □精神障害				音宝老促健	福祉壬帳		- の俳 () 障実基礎年全1級の受給の					
手帳		999	□//FITI	华口石)		_ V/IE (/	有無(就労継		CWD V	有・無	
被保	· 除者証(療養 <i>》</i>	介護のみ)	記	 号番号 :			保険者名	<u>.</u>		保険者番号			
		/T [[支 v / v / v / v / v / v / v / v / v / v	ПП	万田 万 ・			DN9C B A	4 •		NOCE II	<i>.</i>		
サービ	総合支援法	障害支援	区分	無・区	分(5) 有効期間			令和2年	1月1日	~令和	5年12	月31日	
況利	介護給付等	受給者	采旦	0 0	0								
ス利用の状		0											
状	介護保険 要	京介護認定	無	· 要支援()・要/	介護	()	主な利用サー	-ビス				
		サービス種	類		摘要		今回 申請量(月)	1	前回)量(月)	支給決定 期間	利月	用方法等	
-	■居宅介護			<u></u>			丁明里(刀)	X/NE	1里(刀)	79][11]			
曲	□重度障害						10 時間		10 時間				
	□行動援護		₩ 可行援認				時間	1	時間		-		
請するサービス	□ <u>17.90.60</u> ■短期入所		□就労定済	_			7 日	7 日			4		
サー	□療養介護	口生活					<u> </u>	I H			-		
ビ				計練)			原則の日粉	□原則の日数			#-	サービス更新	
ス	□就労移行				お値	<u>56 1</u> 6	の受給者語	正(黄色)				3. 11. 1 [~])	
	□就労継続	支援(□A⁵	型 □ I	3型)					目		,	,	
	□共同生活	爰助 □施記	投入所才	支援	に流	50	てご記入了	トさい			-		
抽			域定着式								_		
支援等地域相談				元 定相談支援	2. 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14	車架	新· (1		=		
等談	□計画相談		□相定物 □セルフ		就又按: □利			定	,				
支給	(変更) を希望				. 4/				の士が外げ		里げた。	1+1+1	
	する理由							■ 則凹(の支給決定	小谷と変	と はめり	ノよせん	

主治医の氏名	
所 在 地	〒 記入の必要ありません 電話番号

(※) 主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(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。) を申請する場合記入すること

电 請 す る 減 免 の 種 類
(■ 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。(あてはまるものにレ印をつける。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レ印をつける。□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80万9千円以下のもの□② 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28万円未満)に属する者
※ 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、「障がいのある方及び同一の世帯に属する配偶者」
□ 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(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者
□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(障がい者支援施設)
□ 〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること(年令 オ) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者
□IV グループホーム等入居者(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(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護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。 (注)対象事業所は、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)
□V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置 □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。
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	□申請者本人 □申請者本人以	以外(下の欄に記入)	
氏	名	斑鳩 花子	申請者との関係	春
住	所	636-000 珊峰叮法隆寺西		
			電話番号	0745-00-0000