

様式第1号の2

(表)

障がい福祉サービス等に関する申請書

(18歳以上20歳未満の施設入所者・障がい児世帯)

(介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書)

(宛先) 福岡市 区長

(区 課)

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

(代筆者

申請者との関係)

申請者 (18歳未満の場合、保護者)	フリガナ 氏名	-----	生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
	居住地	〒 ー (電話)			点字による通知 要・不要	
支援申請に係る児童氏名 (18歳未満の児童)	フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳
			申請者との続柄			
身体障害者手帳	障がい名 級		療育手帳	障がい程度		
精神障害者 保健福祉手帳	有 ・ 無		難病等	疾患名		
	障がい程度 級					

申請するサービスの種類等	介護給付費	訪問系 その他	・居宅介護 ・重度訪問介護 ・同行援護 ・行動援護 ・短期入所 ・重度障がい者等包括支援				
		日中活動系	・療養介護 ・生活介護				
		医療保険の被保険者証の記号及び番号(※療養介護を申請する場合)				保険者名	
	主治医	居住系	・施設入所支援				
		有・無	医療機関名			主治医氏名	
			所在地 〒 ー (電話)				
	同意欄	医師意見書を作成した医師から障がい支援区分の認定結果の開示を求められた場合に、提示することに同意します。 本人氏名 ()					
	訓練等給付費	日中活動系	・自立訓練(機能訓練) ・自立訓練(生活訓練) ・宿泊型自立訓練 ・就労移行支援 ・就労移行支援(養成施設) ・就労継続支援(A型) ・就労継続支援(B型)				
		居住系	・共同生活援助(グループホーム)				
	地域相談支援	種類	・地域移行支援 ・地域定着支援				
・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							
現在利用している介護保険サービスの種類等	要介護認定 有・無		要介護度				
			要支援(1 2)・要介護(1 2 3 4 5)				
利用中のサービスと内容等							

(裏面も記入してください。)

(裏)

① 月額負担上限額	<input type="checkbox"/> ア 月額負担上限額に関する認定 【下記にあてはまる番号のいずれかに○を付けてください。】
	1 生活保護受給世帯の方又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付世帯の方 2 市町村民税非課税世帯に属する方であって、本人（本人が児童である場合は保護者）の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方 3 市町村民税非課税世帯に属する方であって上記2に該当しない方 4 市町村民税課税世帯に属する方であって、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円未満の方 5 市町村民税課税世帯に属する方であって、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円以上の方 ※ 1の生活保護受給世帯等の方は、イ以降を記載していただく必要はありません。

② 申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> イ 特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（入所施設の食事軽減措置） ※ 対象施設は障がい者支援施設です。 【20歳未満の施設入所者の方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。 （ 18歳未満 ・ 18歳 ・ 19歳 ）】
	<input type="checkbox"/> ウ 特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（グループホーム入居者の家賃軽減措置） ※ 対象施設は、共同生活援助（グループホーム）です。 【下記にあてはまる方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。 市町村民税非課税世帯に属する。】
	<input type="checkbox"/> エ 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する申請 生活保護への移行予防措置（ 定率負担減免措置 ： 特例補足給付 ）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ください。
届出者欄（申請者本人が届け出る場合には記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	〒 —	(電話)

その他の連絡先

フリガナ		申請者との続柄	携帯電話等 日中連絡がとれる電話番号
氏名			