

書き方見本

太枠内は必ずご記入ください

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

(利用者) 申請者	フリガナ	イナギ ハナコ	生年月日	
	氏名	稲城 花子		昭和60年 〇月 〇日
	居住地	〒 206-0000 稲城市東長沼2111		電話番号 042-378-2111
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 愛の(療育)手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 発達障害、指定難病、自立支援医療など

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	
状況 サービス利用の有無	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間
	介護保険サービス	要介護認定	有	要介護 1 2 3 4 5	

チェックがある方は、主治医欄をご記入ください。

申請するサービス	サービス	申請に係る具体的内容
そのほかの日中活動系、居住系、相談支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護	申請・変更理由など 就労継続支援事業所に通うため。 希望する日数 週5日
	<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	
	<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"/> 地域移行支援	
<input type="checkbox"/> 地域定着支援		
<input type="checkbox"/> 計画相談支援		
その他	その他	その他事業所(〇〇計画相談事業所)

(※) 主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	次回受診日	年 月 日頃 電話番号

※主治医欄は、「訪問系・その他」、「居住系」、「日中活動系(療養介護・生活介護)」を申請する場合記入すること。

障害支援区分認定調査を行うために必要がある時はご本人・ご家族の連絡先及び概況を認定調査員に情報提供することに同意します。

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、稲城市長から指定特定相談支援事業者、障害者相談支援事業者、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。

また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することを承諾します。

【同意欄】 申請者氏名 稲城 花子

書 き 方 見 本

太枠内は必ずご記入ください

世帯の状況等	本人が18歳以上の場合は配偶者、20歳未満の施設入所者の場合は世帯全員を以下に記入してください。					
		氏名	生年月日	本人との関係	同居/別居	住所及び個人番号 (本年1月1日に稲城市内に在住されていなかった方のみ)
	利用者	稲城 花子	S60.00.0	本人		住所: 多摩市001丁目△番 個人番号: 123456789012
配偶者	稲城 太郎	S0.00.0	夫	同居/別居	住所: 日野市001丁目△番 個人番号: 123456789012	

申請する減免の種類	利用者負担上限月額の設定について、下記の区分の適用を申請します。(全員チェックをお願いします)			
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯又は課税状況が不明	<input checked="" type="checkbox"/> 課税世帯 (所得割額の合計が16万円未満の方、 20歳未満の施設入所者は世帯全員で28万円未満の方)	<input type="checkbox"/> 課税世帯 (左記以外の方)
	療養介護	医療型個別減免に関する認定について、下記に該当するため申請します。 <input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳以上の方で市町村民税非課税世帯		
	施設入所支援	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)について、下記に該当するため申請します。 <input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳以上の方で市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯		
共同生活援助	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)について、下記に該当するため申請します。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯			
<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※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。				

【療養介護】【施設入所支援】の申請者で(医療型個別減免・補足給付)を申請する場合のみ記入してください。

前年中の収入状況	該当する□にチェックをし、☑あり の場合はその証明書等を申請書に添付してください。							
	区分	種類	あり/なし	収入額(職員記載)	種類	あり/なし	収入額(職員記載)	
	収入(年収)	稼得等収入	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		その他					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
必要経費	租税 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		社会保険料 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

療養介護・施設入所以外の方は、この項目は記載不要です。

【療養介護】の申請者のみ 加入している医療保険等 ※「保険証」及び「標準負担額減額認定証」のコピーも添付してください。

被保険者証の記号及び番号	保険者名および番号
--------------	-----------

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	稲城 太郎	申請者との関係	夫
住所	〒 206-0000 稲城市東長沼2111		電話番号 042-378-2111