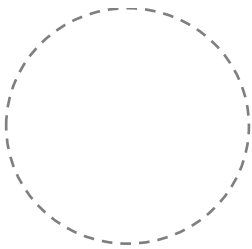


(様式第1号)

介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書（新規・更新用）



(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

☐ 介護給付費等支給申請（新規・更新）【障がい支援区分認定（要・不要）】

☐ 利用者負担額減額・免除等申請（新規・更新）申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号											
	氏名			受給者証番号											
				生年月日		年		月		日					
	居住地	〒		—		電話番号									
フリガナ				個人番号											
支給決定に係る児童氏名				生年月日				年		月		日			
障がい者手帳の交付状況等		身体障がい者手帳（肢視聴言内）		級療育手帳（A B1 B2）		精神障がい者保健福祉手帳（1級 2級 3級）		難病等（疾病名）							
障がい支援区分の認定状況		区分（）		有効期間		年		月		日		～		年 月 日	
障がい児通所サービスの利用状況		受給者証番号（）													
		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他（）													
介護保険の利用状況		要介護認定 有・無		要介護度		非該当		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5					
		利用中のサービス													

現在のサービスの利用状況	介護給付サービス				訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 身体介護		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		<input type="checkbox"/> 自立生活援助( <input type="checkbox"/> ICT活用等)	
	<input type="checkbox"/> 家事援助		<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援		<input type="checkbox"/> 就労移行支援		<input type="checkbox"/> 就労選択支援	
	<input type="checkbox"/> 通院等介助		<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助		<input type="checkbox"/> 施設入所支援		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	
	<input type="checkbox"/> 短期入所				<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅			
訓練等給付サービス				地域相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援				
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居				計画相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算の算定（ <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II）				<input type="checkbox"/> 計画相談支援				

申請するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)				区分認定が 不要 のサービス			
	介護給付サービス				訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 身体介護		<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		<input type="checkbox"/> 自立生活援助( <input type="checkbox"/> ICT活用等)	
	<input type="checkbox"/> 家事援助		<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援		<input type="checkbox"/> 就労移行支援		<input type="checkbox"/> 就労選択支援	
	<input type="checkbox"/> 通院等介助		<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助		<input type="checkbox"/> 施設入所支援		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	
<input type="checkbox"/> 短期入所				<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				
訓練等給付サービス				地域相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援				
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型				計画相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着				<input type="checkbox"/> 計画相談支援				

就労継続支援を申請する場合のみ記入	障がい基礎年金1級の受給の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
-------------------	---	--

障がい支援区分の認定を行うにあたり、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒 — 電話番号 —		

※ 本人が届け出る場合は記入不要。事業者が本人の代理で届け出る場合は、氏名欄に事業者名称と担当者氏名、居住地欄に事業所所在地を記載。

届出者※	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 代行者	
	居住地	〒 — 電話番号 —		

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者 서비스에 等利用計画案の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画案の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画案作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ (裏面もあります)

申請する減免の種類

(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。(当てはまる番号に○を付けてください。)

1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者

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、次のいずれか当てはまる方を選択してください。

☐ 障がい者又は障がい児の保護者の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が基準額以下

☐ 上記合計額が基準額を超える

※ここでの基準額とは、令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円です。

3. 市民税課税世帯であって、次のいずれかに該当する者

☐ ①居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<\*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がい児の場合は28万円)未満である者

☐ ②20歳未満の施設に入所する者<\*2>であって、世帯の所得割の合計額が28万円未満である者

☐ ③療養介護事業所を利用する20歳未満の者

療養介護事業所を利用する方

(Ⅱ)医療型個別減免に関する認定

☐ 下記に該当するため、医療型個別減免を申請します。<\*3>

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)

<20歳未満の方>

1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)

1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)

2. 市町村民税非課税世帯に属する者

医療保険における「入院時食事療養費標準負担額減額認定情報」について、次のいずれかを添付してください。

☐ 保険者が発行する入院時食事療養費標準負担額減額認定証

☐ マイナポータル画面を印刷したもの

☐ 保険者が発行する資格確認証

障がい者支援施設に入所する方

(Ⅲ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)

☐ 下記の要件に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。<\*3>

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)

<20歳未満の方>

1. 施設入所者であること (年齢 歳)

1. 施設入所者であること (年齢 歳)

2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者

グループホームに入居する方

(Ⅳ)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)

☐ 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。

※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。

生活保護への移行予防措置を申請する方

(Ⅴ)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

☐ 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 )を申請します。

※生活保護関係業務担当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してください。

<\*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。

<\*2> 「施設に入所する者」の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。

<\*3> 「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会することに同意します。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄

氏名

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)
- ② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の12月31日時点の、年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数

人