

# 障がい福祉サービス利用者負担額減額・免除等申請書

(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

|                                      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|--------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 申請者                                  | 個人番号  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      | 介護保険被保険者証番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                                      | 受給者証番号  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      | 生年月日        | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                                      | フリガナ  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                                      | 氏名  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                                      | 居住地   | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |      | 電話番号        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| フリガナ                                 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 |
| 支給申請に係る児童氏名                          |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 月 日       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| 障がい児通所給付費の受給者証番号(支給を受けている場合のみ記載すること) |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| 申請する減免の種類                            | <p><b>( ) 負担上限月額に関する認定</b></p> <p>下記の区分の適用を申請します。<br/>                 下記の区分の適用並びに医療型個別減免を申請します。(あてはまる番号にをつけてください。)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. <b>市民税非課税世帯に属する者</b></li> <li>3. 居宅で生活する者(グループホーム等に入居する者&lt;*1&gt;を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がい児の属する世帯にあっては、合計額が28万円)未満である<b>市民税課税世帯</b>に属する者</li> <li>4. 20歳未満の<b>施設入所する者&lt;*2&gt;</b>であって、世帯の所得割額の合計額が28万円未満である<b>市民税課税世帯</b>に属する者</li> <li>5. 療養介護事業所を利用する者であって、<b>市民税非課税世帯</b>に属する者<br/>                     障がい者又は障がい児の保護者の合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の<b>合計額</b>が80万円以下<br/>                     上記合計額が80万円を超える</li> <li>6. 20歳未満の療養介護事業所を利用する者であって、<b>市民税課税世帯</b>に属する者<br/>                     世帯の所得割額の合計額が28万円<b>未満</b><br/>                     世帯の所得割額の合計額が28万円<b>以上</b></li> </ol> <p>入院時食事療養費標準負担額減額認定証の有無について(療養介護事業所を利用する者に限る。)<br/>                     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証を持っている(写しを添付してください。)<br/>                     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証減免認定証を持っていない</p> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                                      | <p><b>( ) 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費軽減措置等)</b></p> <p>下記の要件に該当するため、<b>特定障がい者特別給付費</b>を申請します。(あてはまる番号にをつけてください。)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20歳以上の施設に入所する者であって、上記( ) 1又は2に該当する者</li> <li>2. 20歳未満の施設に入所する者</li> <li>3. 18歳以上のグループホーム入所者であって、上記( ) 1又は2に該当する者</li> </ol>  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                                      | <p><b>( ) 生活保護への移行予防措置(負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定</b></p> <p>生活保護への移行予防措置(負担減免措置 補足給付の特例措置)を申請します。<br/>                 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です。</p>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |    |

- <\*1> グループホーム等に入居する者には、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/就労移行を利用する者が含まれます。  
 <\*2> 「施設に入所する者」の対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。

|        |                       |  |         |
|--------|-----------------------|--|---------|
| 申請書提出者 | 申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入) |  |         |
| 氏名     |                       |  | 申請者との関係 |
| 住所     | 〒                     |  |         |
|        | 電話番号                  |  |         |

(裏面に続く)

障がい福祉サービス利用者負担額減額・免除等の申請をするにあたり、収入等の状況について次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

|     | 氏名 | 生年月日 | 本人との関係 | 市民税の状況    |                |      |
|-----|----|------|--------|-----------|----------------|------|
|     |    |      |        | 課税・非課税の別  | a) 市民税所得割の金額   |      |
|     |    |      |        | ふるさと納税の有無 | (寄附金税額控除特例控除額) |      |
| 申請者 |    |      |        | 課税 非課税    | 円              |      |
|     |    |      |        | 有 無       | ( 円)           |      |
| 関係者 |    |      |        | 課税 非課税    | 円              |      |
|     |    |      |        | 有 無       | ( 円)           |      |
|     |    |      |        |           | 課税 非課税         | 円    |
|     |    |      |        |           | 有 無            | ( 円) |
|     |    |      |        |           | 課税 非課税         | 円    |
|     |    |      |        |           | 有 無            | ( 円) |

障がい者（20歳未満の施設に入所する者を除く。）で配偶者がいる場合には、関係者欄に記入して下さい。  
申請者が20歳未満の施設に入所する者又は、障がい児の保護者の場合には、関係者欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入して下さい。

住宅借入金等特別控除の適用を受けている場合、a)市民税所得割の金額欄には、控除される前の金額を記入して下さい。  
( a )には寄附金税額控除特例控除額は含めず、( )内に別に記入して下さい。)

2 申請者の収入の状況について

医療型個別減免又は補足給付の申請を行う場合のみ記入して下さい。ただし、『』が表示されている欄については『利用者が20歳未満の場合』に限り記入不要です。

(1) 合計所得金額の状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 市民税算定の基礎となる合計所得金額 | 円 |
|-------------------|---|

(2) 収入等の状況

(A) 収入(年収)

| 区分              | 種類   | 収入額 |
|-----------------|--|-----|
| 年金・手当<br>など     | 障がい(基礎1級・基礎2級・厚生・共済)年金<br>遺族(基礎・厚生・共済)年金 老齢(基礎・厚生・共済)年金<br>特別障がい給付金 障がいを事由に支給される労災による年金等 | 円   |
|                 | 特別障がい者手当 障がい児福祉手当 経過的福祉手当  | 円   |
|                 | その他の年金・手当など( )   | 円   |
|                 | 工賃等就労収入  | 円   |
| その他の収入(仕送り収入など) |  | 円   |

(B) 必要経費

| 種類    | 内容 | 金額 |
|-------|----|----|
| 租税    |    | 円  |
| 社会保険料 |    | 円  |

【記入上の注意】

- ア.枠内に書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入のうえ添付して下さい。
- イ.収入のうち証明書等があるものは、この申請書に添付して下さい。

受付担当者使用欄 (添付書類)

- 工賃等の就労収入額の証明書(通所している先の事業所等の証明)
  - 源泉徴収票
  - 国民健康保険の保険料等を納付した証明書等
  - グループホーム入所者は家賃の実費額がわかる書類
  - その他申告の内容により必要と認められる書類( )
- 以下の書類については、総合福祉システムによる情報照会により必要事項が確認できる場合は添付を省略できる。
- 障がい者及び配偶者等の市町村民税の証明書
  - 障がい者が受給している年金証書の写し、年金振込通知書の写し等
  - 障がい者【児】又は障がい児の保護者が受給している特別児童扶養手当等の証書の写し等

別添『同意書』についても記入願います。