

## 障害者総合支援法連絡票

(作成日) 令和 年 月 日

申請者氏名 (児童の氏名)	(受給者番号 ) ( )
生年月日	明大昭平令 . .
住所	区 丁目 番号方 (電話 - )
<p>ア 障がい福祉サービス利用者にかかる負担上限月額 _____円</p> <p>(ア) <input type="checkbox"/> 入所施設 (20歳以上) <input type="checkbox"/> グループホーム入居者 高額障がい福祉サービス費及び個別減免適用後の負担上限月額</p> <p>(イ) <input type="checkbox"/> 入所施設 (20歳未満) <input type="checkbox"/> ホームヘルプ利用者 高額障がい福祉サービス費及び社会福祉法人軽減制度適用後の負担上限月額</p> <p>(ウ) <input type="checkbox"/> 通所施設利用者 高額障がい福祉サービス費、社会福祉法人軽減制度及び事業主負担による就労継続支援事業の減免措置が適用された後における負担上限月額</p> <p>イ 入所施設、通所施設等サービス利用者にかかる食費等実費負担額 _____円</p> <p>(ア) <input type="checkbox"/> 入所施設利用者 [補足給付額 (月額) _____円] 入所施設における補足給付 (特定入所者食費等給付費) 実施後の実費負担額</p> <p>(イ) <input type="checkbox"/> 通所施設利用者 通所施設等における食費負担軽減措置後の実費負担額</p> <p>ウ 自立支援医療利用者に係る概算医療費額</p> <p><input type="checkbox"/> 概算自己負担額 _____円</p> <p><input type="checkbox"/> 食費の実費負担額 _____円</p> <p>〔 低所得1・低所得2 650円×日数 市民税課税世帯 780円×日数</p>	
備考	

(作成者 )