

障害福祉サービス給付費・地域生活支援事業費 利用者負担減額・免除申請書

(あて先) 泉佐野市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	個人番号					
	氏名	生年月日	明・大・昭 平・令	年	月	日	
	居住地	〒					
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	平成 令和	年	月	日	

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 市民税非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 3 居宅で生活する者(グループホーム等に入居する者<*1>を除く)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障害児の属する世帯にあつては、合計額が28万円)未満である市民税課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 4 20歳未満の施設入所する者<*2>であつて、世帯の所得割額の合計額が28万円未満である市民税課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 5 療養介護事業所を利用する者であつて、市民税非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 障害者又は障害児の保護者の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下 <input type="checkbox"/> 上記合計額が80万円を超える <input type="checkbox"/> 6 20歳未満の療養介護事業所を利用する者であつて、市民税課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 世帯の所得割額の合計額が28万円未満 <input type="checkbox"/> 世帯の所得割額の合計額が28万円以上 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。) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> II 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費軽減措置等) 下記の要件に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 <input type="checkbox"/> 1 20歳以上の施設に入所する者であつて、上記Iの1又は2に該当する者 <input type="checkbox"/> 2 20歳未満の施設に入所する者 <input type="checkbox"/> 3 18歳以上のグループホーム入所者であつて、上記Iの1又は2に該当する者
	<input type="checkbox"/> III 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 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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です。

<*1>グループホーム等に入居する者には、宿泊型自立訓練、精神障害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(障害者支援施設)が該当します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏名	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ()
住所	〒	
電話番号		

同意書

私は、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害福祉サービスおよび地域生活支援事業にかかる支給申請または利用者負担額減額・免除の申請にあたり、次の事項を泉佐野市が行うことに同意します。

- 1 主治医または私が受診した協力医(以下「医師等」という。)に本申請に関する意見書の提出を求めること。
- 2 住民基本台帳(個人番号情報を含む)を照会し、かつ閲覧すること。
- 3 申請者および世帯員の市町村市民税課税台帳を個人番号を用いて照会し、かつ閲覧すること。
- 4 介護保険給付台帳等の関係公簿を照会し、かつ閲覧すること。

申請者氏名	印
-------	---

(申請者氏名については、記名押印または本人自筆の署名とする)
(裏面に続く)