

(表)

障害福祉サービス等に関する（新規・更新・変更）申請書【成人世帯】

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・
盛岡市地域生活支援事業給付費・障害児通所給付費・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費
支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

盛岡市長 様

申請年月日 年 月 日

裏面の同意内容について同意したうえで、本申請書を提出します。

(代筆者 申請者との関係)

☐（更新・変更の場合）前回申請時と変更はありません。
※前回申請時と変更がない場合、太線の欄以外は記入不要です。

申請者	フリガナ											生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
	氏名														
	個人番号 (マイナンバー)												点字による通知 要・不要		
	居住地	〒 — (電話(自宅・携帯))													
身体障害者 手帳番号											療育手帳 番号				
精神保健福祉 手帳番号											難病等	疾患名			
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型を申請する者に限る。）													有 ・ 無		
介護保険の状況	要支援（ ）・要介護（ ）			サービス内容等											

申請するサービスの種類等	※該当する項目にチェック（ ☒ ）してください。													
	更新時のみ		☐ 現在利用しているサービスを継続したい（内容に変更無し）。											
	介護給付費	訪問系その他	☐ 居宅介護 ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所 ☐ 重度障害者等包括支援											
		日中活動系	☐ 療養介護 ☐ 生活介護											
		居住系	☐ 施設入所支援											
	訓練等給付費	日中活動系	☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労移行支援(養成施設) ☐ 就労定着支援 ☐ 就労継続支援(A型) ☐ 就労継続支援(B型)											
			居住系	☐ 共同生活援助（グループホーム） ☐ 自立生活援助										
			地域相談支援	☐ 地域移行支援 ☐ 地域定着支援										
	地域生活支援事業	☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴 ☐ 地域活動支援センター												
	計画相談支援	計画相談支援依頼先（事業所名）												
所在地 〒 — (電話)														

家賃の状況 (共同生活援助の利用者のみ)	☐ 前回申請時から変更なし（家賃証明不要） ☐ 新規又は前回申請時から変更あり（※グループホームからの家賃証明が必要です）
-------------------------	--

申請に係る具体的内容	(希望支給量、サービス変更の内容・理由など)
------------	------------------------

(裏面も記入ください)

(裏)

主治医 ※障害支援区分新規申請時、 障害支援区分更新時及び区分変更 時のみ記入	医療機関名	主治医氏名
	所在地 〒 — (電話)	

① 月額負担上限額	I 月額負担上限額に関する認定 【下記にあてはまる番号のいずれかに○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の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている。 2 私（申請者）及び配偶者が市町村民税非課税者であって、私（申請者）の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下である。 3 私（申請者）及び配偶者が市町村民税非課税者であって、上記2には該当していない。 4 私（申請者）又は配偶者が市町村民税課税者であって、世帯の市民税所得割額の合算額が16万円未満である。 5 私（申請者）又は配偶者が市町村民税課税者であって、世帯の市民税所得割額の合算額が16万円以上である。 ※ 1の生活保護受給世帯等の方は、II以降を記載していただく必要はありません。

② 申請する減免の種類	☐ II 医療型個別減免に関する申請（療養介護利用者） 【下記のいずれにもあてはまる方は、医療型個別減免を申請できます。】	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>
	1 療養介護利用者である。（年齢 歳）	1 療養介護利用者である。（年齢 歳）
	2 市町村民税非課税世帯に属する。	
	☐ III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する申請（入所施設の食事軽減措置） ※ 対象施設は障害者支援施設です。 【下記のいずれにもあてはまる方は、特定障害者特別給付費（補足給付）を申請できます。】	
	1 施設入所者である。（20歳以上） 2 市町村民税非課税世帯に属する。	
	☐ IV 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する申請（グループホーム入居者の家賃軽減措置） ※ 対象施設は、共同生活援助（グループホーム）です。 【下記にあてはまる方は、特定障害者特別給付費（補足給付）を申請できます。】	
	市町村民税非課税世帯に属する。	
	☐ V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する申請 生活保護への移行予防措置（ 定率負担減免措置 ： 特例補足給付 ）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。	

※ 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。

提出者欄（申請者本人が提出する場合には本欄の記入は不要です。）

提出者	フリガナ	申請者との関係
	氏 名	
	住 所 〒 — (電話)	

※住所は、申請者と同一の場合、記入不要です。

同意内容

- サービス利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、必要事項を障害福祉サービス事業者等に提示することに同意します。
- 本申請にかかる介護給付費、訓練等給付費、特定障害者特別給付費及び療養介護医療費並びに地域生活支援事業、障害児通所給付費の決定（不支給の場合を除く）に必要なときは、盛岡市が私（申請者）及び配偶者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により調査することについて同意します。