

飯田市地域生活支援給付支給決定申請書

飯田市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年 月 日	
	氏名			平成 令和		
	個人番号					
	居住地	〒 電話番号				
	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年 月 日	
	支給申請に係る 障害児氏名			平成 令和		
	個人番号					
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号	

福祉サービス利用の状況	障害福祉サービス	介護給付費、施設訓練等支援費、知的障害児通園施設等、受給の状況（サービスの種類・内容等）				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	
		利用中のサービスの種類・内容				

希望する地域生活支援事業	事業名	具体的事業名	具体的な内容
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 個別支援(身体介護 有・無) <input type="checkbox"/> グループ支援	
	<input type="checkbox"/> 地域生活支援センター機能強化事業	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		

(注) 必要に応じて次の書類を添付してください

- ・負担上限月額算定に必要な書類
- ・自立支援給付受給者証
- ・訪問入浴希望の場合は医師の診断書

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

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。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）	
	1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が 80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者(注)であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者(注)であること（年令 才）
<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、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"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）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すること。

(注) 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、特定旧法指定施設）

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	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者の居住地と同じ 〒		
電話番号			