|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、介護給付費又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられている

　　　　　ものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合に記入すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　す　る　減　免　の　種　類 | □　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。  　　　　　　　（当てはまるものに○を付ける。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  　　　　　　　　※　療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○を付ける。  　　　　　　　　　①　利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入合計額が８０万円以上の者  　　　　　　　　　②　①以外の者  　　　　　　　３　市町村民税課税世帯（障害者：所得割１６万円未満、障害児：所得割２８万円未満）に属する者 | | | | |
| □　Ⅱ　医療型個別減免に関する認定  　　　　　　　下記のいずれにも当てはまるため、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（年齢　　　　　歳）  　　　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（年齢　　　　　歳） | |
| □　Ⅲ　施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事等軽減措置）  　　　　　　　下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。  　　　　　　　（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） | | | | |
| ＜２０歳以上の方＞  　　　１　施設入所者であること（年齢　　　　　歳）  　　　２　市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 | | | ＜２０歳未満の方＞  　　　１　施設入所者であること（年齢　　　　　歳） | |
| □　Ⅳ　グループホーム等入居者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置）  　　　　　　市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。  　　　　　　　（注）対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム） | | | | |
| □　Ⅴ　生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、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（□自己負担減免措置、□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。 | | | | | |
| 私は、介護給付費等支給に係る次のことについて同意します。  　(1)　介護給付費等支給に係る利用者負担の確認に当たり、利用者本人及び世帯員の所得状況等を、市担当職員が関係機関に調査する  　　　こと。  　(2)　サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害程度区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、  　　　サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を三浦市から指定特定相  　　　談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意し  　　　ます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | |
| 申請者本人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | | | |
| 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 | | | |