|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　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。 |
| 　申請に係る具体的内容 |  |

　　　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　 |