

障害福祉サービス費等支給（変更）申請書

新規申請 継続申請 追加申請 変更申請

小田原市福祉事務所長 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 年 月 日		
	氏名					昭和 年 月 日		
	居住地	〒			平成 年 月 日			
電話				令和				
フリガナ				生年月日	平成 年 月 日			
支給申請に係る児童氏名					令和			
身体障害者手帳番号	第 号	療育手帳番号	第 号	精神保健福祉手帳	第 号	特定疾病難病名		
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型サービスを申請する者に限る。）						有・無		

サービ ス利 用の状 況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日から			
		利用中のサービスの種類と内容等					年 月 日まで			
	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と内容等					□今回の申請で同利用内容を継続希望					
申請するサービ ス	区分	サービスの種類					申請に係る具体的内容			
	介護給付費			訓練等給付費						
	そ訪の問他系	<input type="checkbox"/> 居宅介護 : 内訳のとおり <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 : 内訳のとおり <input type="checkbox"/> 同行援護 : h <input type="checkbox"/> 行動援護 : h <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 h			<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 就労選択支援			居宅介護（内訳） ：身体介護 h(h/回) ：家事援助 h(h/回) ：通院介助（介護有） h(h/回) ：通院介助（介護無） h(h/回) ：乗降介助 回		
								重度訪問介護（詳細） □2人介護 h(h/回) うち移動支援 h(h/回)		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護 : 日／月 <input type="checkbox"/> 生活介護 : 日／月 <input type="checkbox"/> 短期入所 : 日／月 （福祉型・医療型）			<input type="checkbox"/> 自立訓練 : 日／月 （機能訓練・生活訓練・宿泊型） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 : 日／月 （通常型・養成施設） <input type="checkbox"/> 就労継続支援 : 日／月 （A型・B型）			共同生活援助（詳細） 介護の提供希望 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
								□介護サービス包括型 □外部サービス利用型 ：受託居宅介護 h		
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） （体験・本入居・継続更新）					
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			<input type="checkbox"/> 地域定着支援						
地域生活支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 : 日／月 （福祉型・医療型）			<input type="checkbox"/> 移動支援 : 内訳のとおり			移動支援（内訳） ：介護 有 h ：介護 無 h			

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、障害支援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、医師意見書の全部又は一部並びに支給決定の内容について、小田原市福祉事務所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、指定一般相談支援事業者等の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

※処理欄

以上のとおり申請があつたため、別紙のとおり決定してよろしいか。

起案日	年 月 日	施行日	年 月 日	課 長	副 課 長	係 長	係 長	係 員	担 当	備 考
決裁日	年 月 日	送付日	年 月 日							

主治医 (※)	医療機関名	診療科(科)	主治医氏名	
	所在 地	〒	電話	

※ 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）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してください。

負担上 限月額の 適用・ 特定障害者 特別給付費 (補足給付) 等に関する 申請	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定申請			
	次の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに「○」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 ※ 療養介護を利用する場合は、次の①又は②のあてはまる方にも「○」をつけること。 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の合計額が80万円以下の者 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			
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定申請			
	次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) (20歳未満の方) 1 療養介護利用者であること。(歳) 1 療養介護利用者であること。(歳) 2 市町村民税非課税世帯に属する者			
	<input type="checkbox"/> III 障害者支援施設入所者に対する特定障害者特別給付費（補足給付・入所施設の食費等軽減措置）に関する認定申請			
次のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費の認定を申請します。 (20歳以上の方) (20歳未満の方) 1 施設入所者であること。(歳) 1 施設入所者であること。(歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者				
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付・家賃軽減措置）に関する認定申請				
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の認定を申請します。				
<input type="checkbox"/> 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）に関する認定申請				
次の生活保護への移行予防措置の認定を申請します。 <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書を添付してください。				

※ 申請に際しては、市長が別に定める世帯状況・収入等申告書を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄を記入）
氏 名		申請者との関係
住 所	〒	電話

※処理欄

サービス等利用計画書案	有・無	事業所名	備考
上 限 管 理 事 業 所	有・無	事業所名	