|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、訓練等給付費（共同生活援助に係るものに限る。）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  　　　　次の区分の適用を申請します。  　　　（該当するものに○をつける。いずれにも該当しない場合は、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  なお、療養介護を利用する場合は、次の⑴又は⑵の該当する方に〇をつける。  ⑴　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が80万円以下の者  ⑵　⑴以外の者  　　　３　市町村民税課税世帯（障がい者：所得割16万円未満、児童：所得割28万円未満）に属する者  ※　18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障がい者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。 | | | | | |
| □　Ⅱ　医療型個別減免に関する認定  次のいずれにも該当するため、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　　才）  　　（施設名：　　　　　　　　　　）  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　　才）  　　（施設名：　　　　　　　　　　） | | |
| □　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（入所施設の食費等軽減措置）  　　　　次のいずれにも該当するため、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　　才）  　　（施設名：　　　　　　　　　　）  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　　才）  　　（施設名：　　　　　　　　　　　） | | | |
| □　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）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該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 | | | | | |
| □　Ⅴ　生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置及び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（□定率負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。  　　※　地区保健福祉センター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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
|  | | | | |
| 特記事項 | ※ 連絡先（申請者以外）（氏名　　　　　　電話番号　　　　　　連絡時間　　時頃） | | | |