

障がい福祉サービス等申請書

(宛先)春日井市長

新規・更新・変更

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和		年 月 日		
	氏 名			個人番号					
	居 住 地	〒		電話番号					
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	平成・令和		年 月 日		
				個人番号					
				続 柄	(例) 子				
身体障がい者手帳番号			療育手帳番号			精神障がい者保健福祉手帳番号			
障がい基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)							1級受給・それ以外		
確定状況	障がい支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6			有効期間			
	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護 1 2 3 4 5					
	利用中のサービスの種類と内容等(変更の場合はその理由)								
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		
	障がい福祉サービス	☐ 居 宅 介 護		☐ 施 設 入 所 支 援					
		☐ 重 度 訪 問 介 護		☐ 自 立 訓 練 (機 能 訓 練)					
		☐ 同 行 援 護		☐ 自 立 訓 練 (生 活 訓 練)					
		☐ 行 動 援 護		☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練					
		☐ 短 期 入 所		☐ 就 労 移 行 支 援					
		☐ 療 養 介 護		☐ 就労移行支援(養成施設)					
		☐ 生 活 介 護		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型					
		☐ 共同生活援助(グループホーム)		☐ 就 労 継 続 支 援 B 型					
		☐ 自 立 生 活 援 助		☐ 就 労 定 着 支 援					
		☐ 就 労 選 択 支 援							
	障がい児通所支援	☐ 児 童 発 達 支 援		☐ 放 課 後 等 デ イ サ ー ビ ス					
		☐ 医 療 型 児 童 発 達 支 援		☐ 保 育 所 等 訪 問 支 援					
		☐ 居 宅 訪 問 型 児 童 発 達 支 援							
	地域生活支援事業	☐ 移 動 支 援		☐ 訪 問 入 浴					
		☐ 地 域 活 動 支 援 セ ン タ ー		☐ 日 中 一 時 支 援					
	相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援		☐ 地 域 定 着 支 援					
		☐ 計 画 相 談 支 援		☐ 障 が い 児 相 談 支 援					

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は必要があるときは、障がい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・意見及び医師意見書の全部又は一部を、春日井市から指定特定相談支援事業者、指定障がい児相談支援事業者、指定障がい福祉サービス事業者、通所支援事業者、指定障がい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。

また、この申請に関する審査に必要な範囲で世帯、所得、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料及び介護保険料の納付状況、固定資産税並びに市民税・県民税等に関する公簿の閲覧を承諾します。

(氏名)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ 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 療養介護を利用する場合は、又はのあてはまる方にも○をつける。 利用者本人の合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が 80.9万円以下のもの 以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障がい者:所得割16万円未満、障がい児:所得割28万円未満)に属する者
	☐ 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)
	☐ 施設入所者(注)に対する特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障がい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(障がい者支援施設、特定旧法指定施設)
	20歳以上の方 1. 施設入所者であること(年令 才) 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(年令 才)
☐ グループホーム等入居者(注)に対する特定障がい者特別給付費(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あてはまるため、特定障がい者特別給付費を申請します。 (注)対象事業所は、共同生活援助(グループホーム)	
☐ 多子軽減措置に関する認定 多子軽減措置の適用(□第2子に該当 □第3子以降に該当)を申請します。 在園証明等が必要となります。	
☐ 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(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。	

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	☐ 申請者と同じ(同じであれば省略可) 電話番号 〒		