

負担上限月額等認定申請書

【施設入所・療養介護・グループホーム・医療型児童発達支援】

兼 特定障害者特別給付費支給申請書

申請年月日	年 月 日
-------	-------

福山市長 様

私の障害福祉サービス等の申請に係り、次のとおり利用者負担額等の認定について申請するとともに、私及び配偶者の課税状況、収入状況等について申告します。または、福山市が保有する支給決定に係る児童と同一世帯の未就学児童の幼稚園等への入所状況の目的外利用に同意します。(同意しない場合はこの一文を削除してください。)

1 申請者/申告者 (利用者が18歳以上の場合は本人の名前を、18歳未満の場合は保護者名を記入してください。)

ふりがな				個人番号			
名前	※ 自署又は記名押印してください。			生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
住所	〒 -			電話番号			
受給者証番号	障害福祉サービス等	0000	障害児通所給付費	0000	地域相談支援給付費	0000	

2 支給決定に係る児童 (利用者が18歳未満の児童の場合のみ児童名を記入してください。)

ふりがな				個人番号			
名前				生年月日	年 月 日 ( ) 歳		

3 申請する減免等の種類 (申請する減免等について、□に✓印を記入してください。)

申請する減免等の種類							
<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 次の区分による月額負担上限の適用を申請します。 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✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 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80万円以下のもの <input type="checkbox"/> ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯で、世帯の市町村民税所得割額の合計額が16万円(利用者が児童の場合は28万円)未満の世帯に属する者 4 市町村民税課税世帯で、3以外の者							
<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 次の区分による負担上限の適用を申請します。 1 第2子に該当する児童 2 第3子以降に該当する児童 ※ 私立の幼稚園に通っている場合は通園証明書を添付	支給決定に係る児童と同一世帯の兄又は姉について <table border="1"> <tr> <td>名前</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>幼稚園等の名称</td> <td></td> </tr> </table>	名前		生年月日		幼稚園等の名称	
名前							
生年月日							
幼稚園等の名称							
<input type="checkbox"/> III 医療型個別減免に関する認定 療養介護の利用をするため、医療型個別減免を申請します。							
<input type="checkbox"/> IV 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) 次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)							
<table border="1"> <tr> <td>                             &lt;20歳以上の方&gt;                              1 施設入所者であること                              2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者                              3 配偶者が同一の住民票にないこと                         </td> <td>                             &lt;20歳未満の方&gt;                              1 施設入所者であること(年齢 才)                         </td> </tr> </table>	<20歳以上の方> 1 施設入所者であること 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 3 配偶者が同一の住民票にないこと	<20歳未満の方> 1 施設入所者であること(年齢 才)					
<20歳以上の方> 1 施設入所者であること 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 3 配偶者が同一の住民票にないこと	<20歳未満の方> 1 施設入所者であること(年齢 才)						
<input type="checkbox"/> V 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。							
<input type="checkbox"/> VI 生活保護への移行予防措置に関する認定 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。							
<input type="checkbox"/> VII その他災害等による利用者負担額の減免( )							

4 健康保険の所持状況 (療養介護又は医療型児童発達支援を申請をする場合は、加入保険について記入してください。)

加入保険	被保険者名		保険者番号	
	申請者との続柄		記号番号	



添付書類(負担上限月額等認定申請書と併せて提出する書類)

サービス種類	減免等種類	必要書類
施設入所支援	特定障害者特別給付金 (補足給付関係) 個別減免関係	1 申請者の収入が分かる書類 ・障害年金等の金額が分かるもの（年金証書, 年金の振込通知書又は年金が振り込まれている通帳の写し） ・特別児童扶養手当証書 ・その他の収入（工賃証明書等）  2 社会保険料等の必要経費が確認できる書類 （領収印のある領収書, 通帳の写し等）
療養介護	医療型個別減免	1 申請者の収入が分かる書類 ・障害年金等の金額が分かるもの（年金証書, 年金の振込通知書又は年金が振り込まれている通帳の写し） ・特別児童扶養手当証書 ・その他の収入（工賃証明書等）  2 社会保険料等の必要経費が確認できる書類 （領収印のある領収書, 通帳の写し等）  3 健康保険証  4 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 ※ 市町村民税非課税世帯の場合のみ
グループホーム	特定障害者特別給付金 (家賃額助成)	1 家賃の額を証明する書類（契約家賃額証明書）
医療型児童発達支援	肢体不自由児通所医療費	1 申請者の収入が分かる書類 ・障害年金等の金額が分かるもの（年金証書, 年金の振込通知書又は年金が振り込まれている通帳の写し） ・特別児童扶養手当証書 ・その他の収入（工賃証明書等）  2 健康保険証  3 通園証明書 ※ 支給決定に係る児童と同一世帯に幼稚園等又は障害児通所支援に通う未就学の兄又は姉がおり, その兄又は姉が私立の幼稚園に通っている場合のみ

※ 申請及び申告内容, 添付書類等に不備があり, その確認ができない場合は, 月額負担上限額及び特定障害者特別給付金(補足給付)についての認定はできません。