

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。 (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、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 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 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。						
	<table><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1. 療養介護利用者であること(年令 才)</td><td>1. 療養介護利用者であること(年令 才)</td></tr><tr><td>2. 市町村民税非課税世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈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(年令 才)	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歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉					
	1. 療養介護利用者であること(年令 才)	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						
	☐ 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 (入院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><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1. 施設入所者であること(年令 才)</td><td>1. 施設入所者であること(年令 才)</td></tr><tr><td>2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉	1. 施設入所者であること(年令 才)	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歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉						
1. 施設入所者であること(年令 才)	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							
☐ 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あてはまるため、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(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になります。							

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	印	申請者との関係	本人
住 所	〒 電話番号		