（障害児入所給付費　特定入所障害児食費等給付費）支給申請書兼

（様式第１号）

利用者負担額減額・免除等申請書

　　長野県知事　様

次のとおり申請します。

申請年月日　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | フリガナ | | | |  | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 | | | | 個人番号： | | | | |
| 居住地 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | 生年月日 | | | 平成　　　年　　月　　日 | | | | |
| 支給申請に係る  児童氏名 | | | | | | 個人番号： | | | | |
| 続　　柄 | | |  | | | | |
| 身体障害者  手帳番号 | | | |  | | | | 療育手帳  番　　号 |  | 精神障害者  保健福祉手帳番号 | | |  | | | 疾病名 | |  |
| 被保険者証の  記号及び番号＊ | | | | | |  | | | | | | 保険者名及び番号＊ | | | | |  | |
| ＊「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は医療型障害児入所施設・指定医療機関を希望する場合記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの利用状況 | 障害福祉サービス | | | | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | |
| 障害児通所支援 | | | | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | |
| 申請するサービスの種類等 | 障害児入所給付費 | | 申請する支援の種類・申請に係る具体的内容 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種　類 | | □　障害児入所支援 | | | | | | | | | | | | | |
| □　指定医療機関 | | | | | | | | | | | | | |
| 具体的内容 | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　す　る　減　免　の　種　類 | * Ⅰ　負担上限月額に関する認定（下記Ⅱの軽減措置適用前）   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であって、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  ３．市町村民税非課税世帯に属する者であって、２以外のもの |
| □　Ⅱ　医療型個別減免に関する認定  医療型障害児入所施設入所者（注１）であるため、医療型個別減免を申請します。 |
| □　Ⅲ　特定入所障害児食費等給付費に関する認定（医療型施設は除く）  障害児入所施設入所者（注２）であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。 |
| □　Ⅳ　生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）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　□特例補足給付）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。

(注１)　対象施設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる入所施設

(注２)　対象施設は、障害児入所給付費の対象となる入所施設

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者  との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒    電話番号 | | |