

(介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費)
利用者負担額減額・免除等申請書兼収入等申告書

鹿児島市長 殿

申請年月日 年 月 日

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費の利用者負担額減額・免除等の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを同意します。

申請者氏名 (署名又は記名押印)

次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|-----------|------------------|-----------------|-----|--------------|--------------------|-----------|
| 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 | 年 月 日 | |
| | 支給申請に係る児童氏名 | 個人番号: | | 続柄 | | |
| | 障害福祉サービス受給者証番号 | | | | | |
| | 被保険者証の記号及び番号 (※) | | | 保険者名及び番号 (※) | | |
| サービス利用の状況 | 障害福祉関係サービス | 障害支援区分の認定 | 有・無 | 区分等 | 1 2 3 4 5 6 非該当 | 有効期間 |
| | 介護保険サービス | 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 | | | | |
| | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | |

※「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、療養介護利用者の場合、記入してください。

申請する減免の種類等

※申請に係る所得を判断する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

- ・18歳以上の障害者 **障害のある方とその配偶者**
- ・障害児（18歳未満）及び20歳未満の施設入所者 **保護者の属する住民基本台帳での世帯**

| | | |
|-----------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請する減免の種類 | 所得区分認定 | <input type="checkbox"/> 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。 (当てはまるものに○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 4 市町村民税課税世帯(障害者の世帯:所得割16万円未満、児童の世帯:所得割28万円未満)に属する者 |
|-----------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|-----------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 申請する減免の種類 | 個別減免 | <input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、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 歳) 2 市町村民税非課税世帯に属する者であること。 | 〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること。(年令 歳) |
| | 特定障害者特別給付費 | <input type="checkbox"/> III 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) 下記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)です。 | |
| | | 〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること。(年令 歳) 2 市町村民税非課税世帯に属する者 | 〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること。(年令 歳) |
| | 生活保護への移行予防措置 | <input type="checkbox"/> IV 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となります。 | |

障害者本人(障害児の場合保護者)の収入の状況

(医療型個別減免、特定障害者特別給付費(補足給付)を申請する非課税世帯の方のみ記入)

(1) 合計所得金額の状況

| | |
|--------|---|
| 合計所得金額 | 円 |
|--------|---|

(2) 収入等の状況

収入(A) (年収)

| 区分 | 種類 | 収入額 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 稼得等収入 | 障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等) | 円 |
| | 特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当) | 円 |
| | 工賃等収入 | 円 |
| | その他の収入() | 円 |
| 収入その他 | 仕送り収入 | 円 |
| | 不動産等による家賃収入 | 円 |
| | その他の収入() | 円 |

必要経費(B)

| 種類 | 内容 | 金額 |
|-------|----|----|
| 租税 | | 円 |
| 社会保険料 | | 円 |

| | | | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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 | | |

(記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。(非課税世帯のみ)
(年金証書・振込通知書の写し、特別児童扶養手当等の証書の写し、預金通帳の写し、源泉徴収票・確定申告書の写しなど)
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。