

(表)
障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書
(特定障害者特別給付費申請書)



(申請先) 横浜市 _____ 区長

次のとおり申請します。 申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者 (※)	フリガナ	個人番号										
	氏名	生年月日	年			月		日		年齢(申請日時点)		歳
	居住地						電話番号					
合児利 (※の者)場が	フリガナ											
	児童の氏名											

※ 申請者(及び児童)については、障害福祉サービス等支給申請書のとおりです。
(障害福祉サービス等の支給申請と同時にこの申請をする場合には、チェックしてください。記入を省略できます。)

申請する減免の種類(該当項目にチェック(☑)してください。)

対象者 全員	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯(生活保護決定市区町村名: _____) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する者 ※療養介護のサービスを利用する場合には、以下の①②のどちらかあてはまる方にチェックしてください。 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: <input type="checkbox"/> ①80万円以下 <input type="checkbox"/> ②80万円を超える <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万未満)に属する者	確認
該当者 のみ	<input type="checkbox"/> 2 療養介護利用者に対する医療型個別減免に関する認定 療養介護のサービスを利用し、次の条件に該当するため、医療型個別減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳以上で、市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳未満	確認
	<input type="checkbox"/> 3 施設入所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(入所施設の食費等軽減措置) 介護給付費の対象となる障害者支援施設に入所し、次の条件に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳以上で、生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳以上で、市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳未満	確認
	<input type="checkbox"/> 4 グループホームの入居者等に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置等) グループホームに入居し、次の条件に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯	確認
	<input type="checkbox"/> 5 生活保護への移行防止措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行防止措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 <input type="checkbox"/> 境界層対象者証明書あり	確認

<留意事項>

- 利用者負担額を算定するために、裏面の世帯状況、課税状況等を記載してください。
- 就労継続支援利用者のうち、障害基礎年金を受給している方は、その旨が分かるもの(年金証書の写し等)をこの申請書に添付してください。
- 施設入所者・療養介護利用者の方は、申請者の収入を証明する書類(年金・手当等の受給額が分かるもの、確定申告書等の写し)をこの申請書に添付してください。また、補足給付の申請を行う場合、施設入所の方は必要経費(租税・社会保険料)の額を証明する書類を、グループホームに入居の方は家賃額を証明する書類(利用契約書等の写し)を、この申請書に添付してください。なお、利用者が18歳未満(施設入所者は20歳未満)の場合は世帯員全員分の書類が必要です。
- 記載内容が事実と異なった場合は、後日給付費の返還を求められること等がありますので、注意して記載してください。

申立・同意 この申請書の記載事項に間違いのないことを申し立てます。また、介護給付費等支給に係る利用者負担の確認にあたり、利用者本人及び世帯員の所得状況を、区役所福祉保健センターの職員が関係機関へ調査することについて同意します。

申請者 (記名押印または自署) 印

送付先 受給者証等の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先へ希望される場合は送付先をご記入ください。
(障害福祉サービス等の支給申請と同時にこの申請をする場合には、記入不要です。)

氏名	申請者との関係	電話番号
住所		

記入者 申請書を記入した人: 申請者本人 本人以外(以下についてもご記入ください。)

氏名	申請者との関係	電話番号
住所		

【裏面もご記入ください。】

(裏)
世帯状況・収入等申告書

1 世帯の状況

- 利用者が18歳以上（施設入所者は20歳以上） → 下記の欄には、申請者本人と配偶者についてご記入ください。
 利用者が18歳未満（施設入所者は20歳未満） → 下記の欄には、世帯全員の状況をご記入ください。

	氏名	生年月日			申請者からみた続柄	扶養親族等の人数		市民税の課税状況		
		個人番号				16歳未満	16～18歳	年度	課税・非課税の別	差引所得割額/年 (課税の場合のみ)
申請者					本人	人	人		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
申請者の配偶者		明・大・昭 平・令	年	月	日	妻・夫	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
同一世帯員		明・大・昭 平・令	年	月	日		人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
		明・大・昭 平・令	年	月	日		人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
		明・大・昭 平・令	年	月	日		人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

※サービスを利用する児童の親が単身赴任等で別世帯である場合は、下記の欄もご記入ください。

氏名	生年月日	扶養親族等の人数	市民税の課税状況
	明・大・昭 平・令	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
住所			

以下の項目は、施設入所 または 療養介護 のサービスを利用する方のみ、ご記入ください。

2 利用者本人の収入等の状況

- 本人または配偶者のどちらかに市民税が課税されている。 → 記入は以上です。
 本人及び配偶者がともに市民税が非課税である。 → 下記の項目に進んでください。

利用者本人の _____ 年1月～12月の収入等の状況について、次のとおり申告します。

※それぞれ金額がわかる書類を添付してください。

	【区役所処理欄】
<input type="checkbox"/> 合計所得金額	(1) 円
<input type="checkbox"/> 年金の収入がある	(2) 円
年金の種類： <input type="checkbox"/> 障害基礎年金（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 ） <input type="checkbox"/> 障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労災等による年金（傷病手当金等） <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 手当の収入がある	(3) 円
手当の種類： <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 工賃、給与の収入がある	(4) 円
<input type="checkbox"/> 在日外国人障害者等福祉給付金の収入がある	(5) 円
<input type="checkbox"/> 仕送りによる収入がある	(6) 円
<input type="checkbox"/> 不動産等の家賃収入がある	(7) 円
<input type="checkbox"/> その他の収入がある（ ）	(8) 円
<input type="checkbox"/> 期間中に以下の必要経費を支払っている	
<input type="checkbox"/> 社会保険料（健康保険料、介護保険料、雇用保険料、国民年金保険料、厚生年金保険料、小規模企業共済等掛金（生命保険料、個人年金保険料は除く。））	(9) 円
<input type="checkbox"/> 租税（所得税、市民税、県民税、固定資産税、自動車税、軽自動車税）	(10) 円

【区処理欄】

- ・その他生活費の額（ 2.5万円 2.8万円 3.0万円 ）※施設入所者のみ
- ・障害基礎年金（ 1級 2級 ）
- ・食事負担額（日額）（ 330円 540円 690円 840円 1,470円 ）※療養介護利用者のみ
- ・情報照会（ 要 不要 ）
- ・地域生活支援事業に係る同意書 要 不要 ）
- ・(1)の合計所得金額の中に年金所得を（ 含む（ ）円 含まない（ ）

備考欄

確認日	年	月	日
確認者			