(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

西東京市長 様

次の	上お	n	申請	しま	す

											甲請	年月日	1		1	丰	月		日		
申	フ!	リガナ							佢	国人番	号										
詩	氏	名							4	三年月	日			年		月		日			
者	居	住 地	₹	電話番号																	
	フリン	ガナ							佰	国人番			Τ_	Τ			\Box	Τ_			
支糸		青に係る								三年月	月日			年		月		日			
児	童	氏 名							糸	ŧ	柄				,						
	障害者 長番号			療育手番	手帳号					□障害 祉手帳					疾病	名	_ 				
被任	呆険者証の	の記号及び番	号(※)							保険	者名》	及び番号	号(※))						_	_
隨	\$害基礎	姓年金1級	の受給	iの有無	無 (京		継続支	援の [、]	サー	ビス	を申	請する	者に	.限る	5。)			了有	•	□無	Ψ́.
Ж Г	被保険者	音証の記号及	1			呆険者	名及び	が保険	者番号		は、タ	療養介記	_		-る場	合記	込する	5こと	- 0		
サ	-4 ,1			害 支 援 }の認定		有 •	・無	区分) 1	2 3	4	5 6		· 効 間							
Í Ľ		善 福 祉 サービス		のサービ		種類と	内容等						/91	F1							
こス利	渕尔	ケーこへ																			
利用の			要介		1	有・	• 無	要分	个護馬	ŗ		 要支援	()	•	要介	 莲	1 2	3 4	 4		
米	状 介護保険 利用中のサービスの種類と内																				
	과 _	12 7	小山田工	ハッーこ	. A 0)1	俚類と	内容等														
況	サー	ービス	 11/11 T ∨		. A 001	種類と	内容等 														
	ĺ	ービス					内容等						\Box		中語	上位	ころ旦	一	·· 内 忽	龙	
	サー 区分・		介護総	合付費		ービン	スの種	-		等給 付					申請	 に係	※る具	体 的	 内	容	
	区分:	□居	介護総宅	合付費 介	サ	ービン護	スの種 □就	労	定	着	支	援			申請(に保 	る具	体的]内?	容 ——	
沢 申	区分: 訪問	□居□重 度	介護 名 宅 : 訪	合付費 介 問		ービン 護 護	スの種	-				援助			申請	- に保 -	る具	 体的	J内?		
況	区分 訪問系・	□居 □重 度 □同	介護総 宅 : 訪 行	合付費 介 問 援	サ	ービン 護護	スの種 □就	労	定	着	支				申請	<u></u>	る具	体的]内匀	容	
況 申 請	区 訪問系・その	□居□重 度	介護 名 宅 : 訪	合付費 介 問	サ	ぜ護護護護	スの種 □就	労	定	着	支			ı	申請	 に保 -	(る具	体的	J内?	容	
沢 申	区分訪問系・そ	□居 □重 度 □同	介護総 宅 : 訪 行 動 期	合付費 介 問 援 援	介	ぎ護護護所	スの種 □就	労	定	着	支				申請		る具	体的	<u></u>]内?		
況 申 請	区 訪問系・その	□居 □重 度 □同 □行 □短	介護総 宅 : 訪 行 動 期	合付費 介 問 援 援	介	ぎ護護護所	スの種 □就 □自	労	生	着	支 援	助			申請		、 る具	体的]]内叙 		
況 申請する	区訪問系・その他	□居 □重 度 □同 □行 □短 □重 度 障	介護総 宅 訪 行 動 期 害 者	合付費 介 問 援 及 等包打	介	世護護護所援	スの種 □就 □自	労立	定生	着活	支援	助 練)			申請	<u>-</u>	る具	<u></u> 体的	 	容	
況 申請す	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 度 □同 □行 □短 度 □重度 □	介護総 宅 :	合付費介問援及力	介	ぎ護護護所援護	スの種	労立立訓立訓	定生/練練型	着活 (機)	支援能活訓訓訓	期 練) 練 ,		1	申請	<u>-</u>	る具	<u></u> 体的	 		
況 申請する	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 度 □同 □行 □短 度 □重度 □	介護総 宅 :	合付費介問援及力	介	ぎ護護護所援護	スの種	労 立 立訓 泊 労	定生 練練型移	着活 (機)(生)	支援能活訓支	助 (練) (練) (接)			申請	<u>-</u>	る具	 体的 	<u></u> 一	- 	
況 申請する	区 訪問系・その他 日	□居 □重 度 □同 □行 □短 度 □重度 □	介護総 宅 :	合付費介問援及力	介	ぎ護護護所援護	スの 献 自 自 自 宿 就 就	労立 立訓 当 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労	定生 練練型移	着活(機)	支援能活訓支施	助 練 練 援 設)			申請	 	る具			容	
況 申請する	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 度 □同 □行 □短 度 □重度 □	介護総 宅 :	合付費介問援及力	介	ぎ護護護所援護	スの	労 立 立 立 泊 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 対	定生 練練 東 下支援	着 活 (機) (生) (生) (美) (美)	支援制訓支施及	助 練 練 接 設) 型			申請	<u>-</u>	る具			容	
況 申請するサー	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 度 □同 □行 □短 度 □重度 □	介護総 宅 :	合付費介問援及力	介	ぎ護護護所援護	ス の 就 自 自 は 就 就 就 就 就 就 就 就 就 就 就 就 就	労立 立立泊 労労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 済 名 名 名 名 名 名 名 名	定生 練練型 移技機	着活(機)(生立行養支支	支援能活動支施及	助 練 練 緩 設 型			申請		る具				
況 申請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系	□居	介宅訪行動期害養活	音	かかり	で護護護所援護護	ス □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	労立 立立 前 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労	定生 練練型移接続選	着活(機生立行養技技	支援 能活 支 成 爰 爰 支	期 無線緩設型型援			申請		る具				
況 申請するサービ	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 度 □同 □行 □短 度 □重度 □	介宅訪行動期害養活	付 問 接 人 所 <td>介</td> <td>ぎ護護護所援護</td> <td>ス □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</td> <td>労立 立立泊 労労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 済 名 名 名 名 名 名 名 名</td> <td>定生 練練型移接続選</td> <td>着活(機生立行養技技</td> <td>支援 能活 支 成 爰 爰 支</td> <td>期 無線緩設型型援</td> <td></td> <td></td> <td>申請</td> <td><u>-</u></td> <td>る具</td> <td></td> <td></td> <td> </td> <td></td>	介	ぎ護護護所援護	ス □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	労立 立立泊 労労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 済 名 名 名 名 名 名 名 名	定生 練練型移接続選	着活(機生立行養技技	支援 能活 支 成 爰 爰 支	期 無線緩設型型援			申請	<u>-</u>	る具				

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、西東京市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

	主治	医の氏名		医療機関名		
主治			₸			
医	所	在 地		4 €+3	舌番号	
(**))主治[医の欄は、			百番 方 あって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を	ど受け
					の利用を希望する場合に限る。) 又は地域移行 を含む。) に入院している者に限る。) を申請	
		記入するこ		140 CV 2 BOX	を占む。)に八所している有に敗る。)を中間	∄ 9√2
		-	限月額に関する認定			
			∑分の適用を申請します。 はまるものに○をつける。いずれにも	当てはまらな	よい場合は空欄とすること。)	
		1. 生剂	5保護受給世帯		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
			T村民税非課税世帯(※)に属する者 寮養介護を利用する場合は、①又は②	のあてけまろ	方にも○をつける	
		1	利用者本人の合計所得金額及び障害		の収入の合計額が80万9千円以下のもの	
		_	①以外の者 T材早税課税批農 (陪宝者: 所得割 16:	万田丰港 陪	害児及び 20 歳未満の施設入所者: 所得割:	28 F
申				刀口水侧、悍	古九及U、20 威不個ºD.旭政八別有·別特別。	20 <i>)</i>)
請		医療型	個別減免に関する認定			
す	/ 6		のいずれにもあてはまるため、医療型の大い	_,		
る	,	2 0 歳以上 1.療養介	の方〉 護利用者であること(年齢 歳)		20歳未満の方〉 療養介護利用者であること(年齢 歳	()
減			民税非課税世帯の者			*,
免				給付費(補足	足給付)に関する認定(入所施設の食費	等
\mathcal{O}		軽減 下記	ぎ直) のいずれにもあてはまるため、特定隊	章害者特別給何	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力	八所施設 (障害	害者支援施設)	
種		20歳以上 施設入	の方〉 所者であること(年齢 歳)	i '	20歳未満の方〉 施設入所者であること(年齢 歳)	
類			民税非課税世帯又は生活保護受給世帯	İ		
		7 <i>1</i> 1 3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	プナ. 11 兄老に対よて歴史障害者	性叩灸母毒	(按口处件) }z 期子 z 勃宁 (宁传权);#	· 中/
	⊔ 1 v				(補足給付) に関する認定 (家賃軽減措 ため、特定障害者特別給付費を申請しまっ	
			護への移行予防措置(自己負担減免 護への移行予防措置(□自己負担減免			
			護への移行予防措直(口目口負担極先 祉事務所が発行する境界層対象者証明			
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:	是出者	□申請者本人 □申請者本人以	外(下の欄に	こ記入)	
A		名		申請者と	の関係	
			Ŧ		•	
住	Ξ	所	·	雷	話番号	
				HE	THE TO	
<u>《</u>	家族	状況の確	認》			
	利用者	とが しょうしょう				
		ョル- の場合	□配偶者あり		□配偶者なし	
	- -					
			単身赴任中の保護者あり{氏名:		生年月日: }	
	利用者		⇒ 1/1 時点の住民票上の市区町村			,
18 歳	表未満	の場合				し
			※1月~6月中のサービス開始日の	蒙古は、則年1	/1村州の住戊崇上の巾区町村	