

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（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<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。 （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（資産要件： [該当] [非該当] ） 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（資産要件： [該当] [非該当] ） 4. 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）で資産要件を満たすもの <u>※18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。</u>			
	<input type="checkbox"/> II 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、個別減免を申請します。 1. グループホーム・ケアホーム入居者、施設入所者(注)（20歳以上） 2. 市町村民税非課税者 3. 一定の資産を有していないこと ア. 預貯金等の額が500万円以下であること イ. 不動産を所有していない（親族等が現に居住する不動産を除く）			
	<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。			
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者(注)であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者		〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者(注)であること（年令 才）	
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <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。 ※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) 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、特定旧法指定施設）

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			