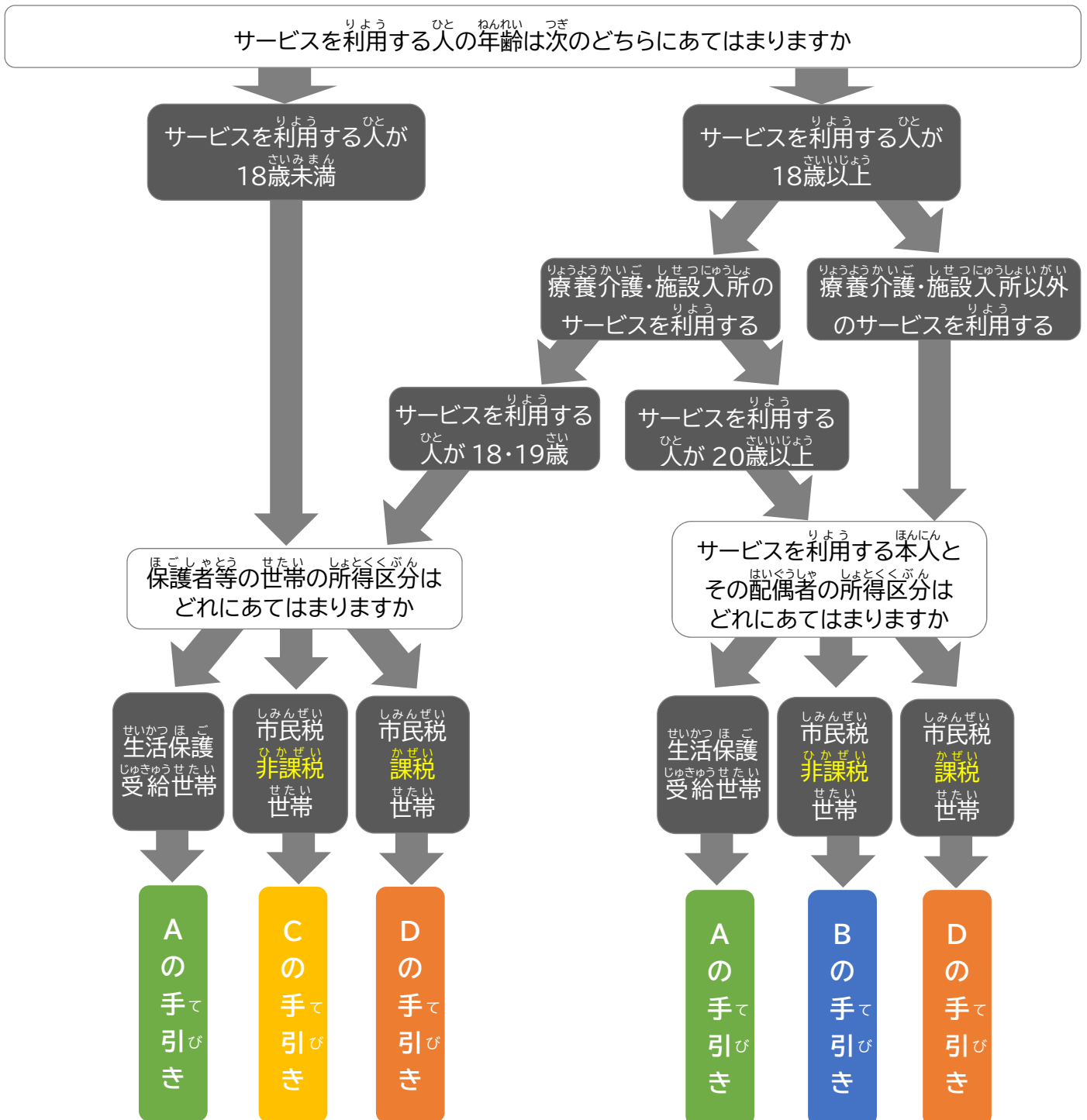


障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書

(特定障害者特別給付費申請書) 記入の手引き

障害福祉サービス等の自己負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。また、サービスによっては減免措置や助成制度があります。サービスの申請時には、「障害福祉サービス等支給申請書」とこの申請書をあわせて提出してください。申請書の書き方は、下の図とそれぞれの記入の手引きを参考にしてください。

記入の手引きの見方



おもてめん
【表面】

(第1号様式) (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 区長 申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者(※)	フリガナ	個人番号
氏名	生年月日(和暦)	年齢(申請日時点)
居住地	〒	電話番号

合児利(※)の申請

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"/> 生活保護受給世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 障害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。 ※療養介護のサービス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"/> 市民税非課税世帯(障害者:所得額16万円未満、障害児:所得額20万円未満)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、生活保護受給世帯 <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(入所施設の家賃等軽減措置) 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>
 1 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。
 2 障害者支援給付金等のうち、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。
 3 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。
 4 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がありますので、注意して記載してください。

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 (記名押印または首章) 印

受給者証等の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先に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。)

送付先	氏名	申請者との関係	電話番号
	住所		

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。)

記入者	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。】 (A4)

A 申請日を記入してください。

B ● サービスを利用する本人が18歳以上の場合
 →「本人」について記入してください。
 ● サービスを利用する本人が18歳未満の場合
 →「保護者」の方について記入してください。
 また、サービスを利用する本人の氏名を記入してください。

サービス等支給申請書と一緒に提出する場合には、チェックするだけで記入を省略できます。

C 「生活保護受給世帯」にチェックし、生活保護の支給を決定した市区町村名を記入してください。
 (例) 生活保護受給世帯 (生活保護決定市区町村名 **横浜市**)

D 施設入所またはグループホームのサービスを利用する場合には、あてはまるものにチェックしてください。

E 申請者(B欄に記載した人)の記名押印または首章が必要が必要です。内容がわからない場合は、申請するときに窓口で職員に伝えてください。
 ● 本人が署名した場合には、押印は不要です。
 ● 本人以外が名前を記入した場合には、本人の押印が必要です。

F 受給者証等の区役所からの送付物について、申請者以外(B欄で記入した居住地以外)の宛先に送ってほしい場合には、記入してください。

G 申請書を記入した人が申請者本人(B欄に記入した人)の場合には、「申請者本人」にチェックし、それ以外の場合は、記入した人の氏名、申請者との関係等について記入してください。

うらめん
【裏面】

(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 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 区分	
			16歳未満	16～18歳	課税	非課税
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	妻・夫	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
同一 世帯員	人	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	人	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	

H

H

- サービスを利用する本人が18歳以上の場合は、「申請者」と「申請者の配偶者」の欄を記入してください。配偶者がいない場合には、「申請者の配偶者」欄は記入不要です。
- サービスを利用する本人が18歳未満の場合は、「申請者」、「申請者の配偶者」、「同一世帯員」の欄を記入してください。配偶者がいない場合には、「申請者の配偶者」欄は記入不要です。保護者が単身赴任等により世帯を分けている場合には、この欄に記入してください。

この欄は記入しないでください。

※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 年 月 日	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
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。

<input type="checkbox"/> 合計所得金額	円	(1)	円
<input type="checkbox"/> 年金の収入がある	円	(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	円	(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	円	(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	円	(5)	円
<input type="checkbox"/> 仕送りによる収入がある	円	(6)	円
<input type="checkbox"/> 不動産等の家賃収入がある	円	(7)	円
<input type="checkbox"/> その他の収入がある（ ）	円	(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、小規模企業共済等拠出金（生命保険料、個人年金保険料は除く。）	円	(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）	円		円

【区分標準】

- ・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）
- ・食費負担額（月額）（ 500円 480円 630円 780円 1,380円）※療養介護利用者のみ
- ・情報誌会（ 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）

確認日	年 月 日
確認者	

(A4)

きにゅう てび 記入の手引き

(市民税非課税世帯／サービスを利用する本人が18歳以上)

おもてめん
【表面】

(第1号様式) (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 区長 申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者(※)	フリガナ	個人番号	年齢(申請日時点)
	氏名	生年月日(和暦)	年 月 日 歳
	居住地	〒	電話番号
合見利(※)の者が	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"/> 市民税非課税世帯(障害者:所得額16万円未満、障害児:所得額20万円未満)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(入所施設の利用等軽減措置) 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"/> 現居層対象者証明書あり	確認

<留意事項>
 1 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。
 2 障害者基礎年金受給者の方は、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。
 3 施設入所者・療養介護利用者の方は、申請書の収入を証明する書類(年金・手当等の支給額が分かるもの、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の書類が必要です。
 4 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がありますので、注意して記載してください。

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 (記名押印または首章) 印

送付先	氏名	申請者との関係	電話番号
	住所		

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。)

記入者	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。】 (A4)

A
しんせいび きにゅう
申請日を記入してください。

B
ほんにん きにゅう
「本人」について記入してください。
サービス等支給申請書と一緒に提出する場合には、チェックするだけで記入を省略できます。

C
しみんぜいひかぜいせたい ぞく もの
「市民税非課税世帯に属する者」にチェックしてください。

D
りょうようかいご しせつにゆうしょ
療養介護、施設入所、グループホームのサービス
を利用する場合には、あてはまるものにチェックしてください。

E
しんせいしゃ (B) らん きさい ひと きめいおういん
申請者(B欄に記載した人)の記名押印または
自署が必要です。内容がわからない場合は、申請
するときに窓口で職員に伝えてください。
● 本人が署名した場合には、押印は不要です。
● 本人以外が名前を記入した場合には、本人
の押印が必要です。

F
じゆきゆうしゃしょうとう くやくしょ
受給者証等の区役所からの送付物について、
申請者以外(B欄で記入した居住地以外)の
宛先に送ってほしい場合に、記入してください。

G
しんせいしゃ きにゅう ひと しんせいしゃほんにん
申請書を記入した人が申請者本人(B欄に
記入した人)の場合には、「申請者本人」にチェッ
クし、それ以外の場合は、記入した人の氏名、
申請者との関係等について記入してください。

(市民税非課税世帯／サービスを利用する本人が18歳以上)

うらめん
【裏面】

(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 個人番号	申請者 からみた 続柄	扶養親族等の人数		市民税の課税 区分(所得割率) 年	
			16歳未満	16～18歳	課税	非課税
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		妻・夫	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
同一 世帯員			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
			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	課税	非課税
		人	人

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。

項目	金額	単位
<input type="checkbox"/> 合計所得金額	円	(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		(9) 円
<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 年金（生命保険料、個人年金保険料は除く。））		
<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）		円

【収入控除】
 ・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）
 ・食費負担額（月額）（ 500円 480円 630円 780円 1,380円）※療養介護利用者のみ
 ・情報料金（ 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。）

確認日 年 月 日
 確認者 (A4)

H

「申請者」と「申請者の配偶者」の欄を記入してく
 ださい。配偶者がいない場合には、「申請者の
 配偶者」欄は記入不要です。

I

この欄は、施設入所または療養介護の
 サービスを利用する場合で、利用者が20歳
 以上の場合にのみ、記入します。

収入状況を確認し、該当するものにチェック
 してください。また、金額がわかる書類を一緒に
 提出してください。

【参考】合計所得金額について

合計所得金額： 円

確定申告書や非課税証明書等で確認できます。
 収入が障害基礎年金・年金生活者支援給付
 金・作業所の工賃のみの場合には、「0円」と記入
 してください。

- 金額がわかる書類（提出書類）の例
- 年金の収入：障害基礎年金等振込通知書のコピー
 - 手当の収入：手当の金額が記載されている通知等のコピー
 - 工賃の収入：施設入所者工賃等支払額証明書（施設に作成してもらう書類です。）
 - 給与の収入：源泉徴収票のコピー
 - 税金・社会保険料：領収書、確定申告書のコピー
 - 年金生活者支援給付金：支給金額（改定）通知書、通帳のコピー

きにゅう てび 記入の手引き

(市民税非課税世帯／サービスを利用する本人が18歳未満)

おもてめん
【表面】

(第1号様式) (第1号様式)

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 申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者(※)	フリガナ	個人番号	生年月日(和暦)	年齢(申請日時点)
	氏名		年 月 日	歳
	居住地			
	フリガナ			
合見利(※)の専従者	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 負担上乗月額に関する認定 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。 ※療養介護のサービスを利用する場合は、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。 ※療養介護のサービスを利用する場合は、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。 <input type="checkbox"/> 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"/> 市民税非課税世帯(障害者: 所得額16万円未満、障害児: 所得額28万円未満)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、生活保護受給世帯 <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"/> 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>
 1 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。
 2 障害者支援給付金等のうち、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。
 3 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・手当等の支給額が分かるもの、確定申告書の写し)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。
 4 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がありますので、注意して記載してください。

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 (記名押印または首章)

送付先

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: <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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。】 (A4)

A
しんせいび きにゅう
申請日を記入してください。

B
しんせいしやらん ほごしや かた きにゅう じどう
申請者欄に、「保護者」の方について記入し、児童の氏名欄にサービスを利用する児童の氏名を記入してください。

サービス等支給申請書と一緒に提出する場合には、チェックするだけで記入を省略できます。

C
しみんぜいひかせいせたい ぞく もの
「市民税非課税世帯に属する者」にチェックしてください。

D
りょうようかいご しせつにゆうしよ
療養介護、施設入所、グループホームのサービスを利用する場合には、あてはまるものにチェックしてください。

E
しんせいしや らん きさい ひと きめいおういん
申請者(B 欄に記載した人)の記名押印または自署が必要です。内容がわからない場合は、申請するときに窓口で職員に伝えてください。
 ● 本人が署名した場合には、押印は不要です。
 ● 本人以外が名前を記入した場合には、本人の押印が必要です。

F
じゆきゆうしやしょうとう くやくしよ そうかがぶつ
受給者証等の区役所からの送付物について、申請者以外(B 欄で記入した居住地以外)の宛先に送ってほしい場合には、記入してください。

G
しんせいしよ きにゅう ひと しんせいしやほんにん
申請書を記入した人が申請者本人(B 欄に記入した人)の場合には、「申請者本人」にチェックし、それ以外の場合は、記入した人の氏名、申請者との関係等について記入してください。

(市民税非課税世帯／サービスを利用する本人が18歳未満)

うらめん
【裏面】

(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 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	
			16歳未満	16～18歳	課税・非課税の別	課税額 円
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		妻・夫	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
同一 世帯員			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

H

H
「申請者」、「申請者の配偶者」、「同一世帯員」の欄を記入してください。配偶者がいない場合には、「申請者の配偶者」欄は記入不要です。
保護者が単身赴任等により世帯を分けている場合には、この欄に記入してください。

※サービスを利用する児童の親が単身赴任等別世帯である場合は、下記の欄にも記入してください。

氏名	生年月日 年 月 日		人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
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。

<input type="checkbox"/> 合計所得金額： 円	(1)	円
<input type="checkbox"/> 年金の収入がある 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（ ）	(2)	円
<input type="checkbox"/> 手当の収入がある 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	(3)	円
<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、小規模企業共済等拠出金（生命保険料、個人年金保険料は除く。）） <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）	(9)	円

この欄は記入しないでください。

【区分標準】

- ・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）
- ・食費負担額（月額）（ 500円 480円 630円 780円 1,380円）※療養介護利用者のみ
- ・情報料金（ 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）

確認日	年 月 日
確認者	

(A4)

きにゅう てび 記入の手引き

(市民税課税世帯)

おもてめん
【表面】

(第1号様式) (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 申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者(※)	フリガナ	個人番号	生年月日(和暦)	年齢(申請日時点)
	氏名		年 月 日	歳
	居住地			
合見利(※)の申請者	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 負担上乗月額に関する認定 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のどちらか当てはまる方にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 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"/> 市民税非課税世帯(障害者:所得額16万円未満、障害児:所得額28万円未満)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(入所施設給付等軽減措置) 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> 1 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。 2 障害者給付金受給の申請書等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。 3 施設入所者・療養介護利用者の方は、申請書の収入を証明する書類(年金・手当等の支給額が分かるもの、確定申告書の写し)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必要経費を証明する書類(利用契約書の写し)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の書類が必要です。 4 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がありますので、注意して記載してください。	

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 (記名押印または首章)

送付先	氏名	申請者との関係	電話番号
	住所		

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。)

記入者	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。】 (A4)

A
しんせいび きにゅう
申請日を記入してください。

B

- サービスを利用する本人が18歳以上の場合
→「本人」について記入してください。
- サービスを利用する本人が18歳未満の場合
→「保護者」の方について記入してください。
また、サービスを利用する本人の氏名を記入してください。

サービス等支給申請書と一緒に提出する場合には、チェックするだけで記入を省略できます。

C
しみんぜいかぜいせたい ぞく もの
「市民税課税世帯に属する者」にチェックしてください。
※市民税の所得割が16万円以上(障害児の場合は28万円以上)の場合にはチェック不要です。

D
りょうようかいご しせつにゆうしょ
療養介護、施設入所のサービスを利用する場合に、あてはまるものにチェックしてください。

E
しんせいしゃ (B) 欄に記載した人)の記名押印または自署が必要。内容がわからない場合は、申請するときに窓口で職員に伝えてください。
● 本人が署名した場合には、押印は不要です。
● 本人以外が名前を記入した場合には、本人の押印が必要。

F
じゆきゆうしやしょうとう くやくしょ
受給者証等の区役所からの送付物について、申請者以外(B)欄で記入した居住地以外)の宛先に送ってほしい場合に、記入してください。

G
しんせいしょ きにゅう ひと しんせいしゃほんにん (B) 欄に記入した人)の場合には、「申請者本人」にチェックし、それ以外の場合は、記入した人の氏名、申請者との関係等について記入してください。

うらめん
【裏面】

(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 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 区分	
			16歳未満	16～18歳	課税	非課税
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		妻・夫	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
同一 世帯員			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
			人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

H

H

- サービスを利用する本人が18歳以上の場合
→ 「申請者」と「申請者の配偶者」の欄を記入してください。配偶者がいない場合には、「申請者の配偶者」欄は記入不要です。
 - サービスを利用する本人が18歳未満の場合
→ 「申請者」、「申請者の配偶者」、「同一世帯員」の欄を記入してください。配偶者がいない場合には、「申請者の配偶者」欄は記入不要です。
- 保護者が単身赴任等により世帯を分けている場合には、この欄に記入してください。

※サービスを利用する児童の親が単身赴任等により世帯を分けている場合は、下記の欄にも記入してください。

氏名	生年月日 年 月 日	課税	非課税
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。

<input type="checkbox"/> 合計所得金額： 円	(1)	円
<input type="checkbox"/> 年金の収入がある 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（ ）	(2)	円
<input type="checkbox"/> 手当の収入がある 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	(3)	円
<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）		円

この欄は記入しないでください。

【区分標準】

- ・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（月額）（ 500円 480円 630円 780円 1,380円）※療養介護利用者のみ
- ・情報誌会（ 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）

確認日	年 月 日
確認者	

(A4)