様式第１号

（表）

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

（宛先）箕面市福祉事務所長

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者（保護者）	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	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	

被保険者証の記号及び番号（※）		保険者名及び番号（※	
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）			有　・　無

※「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、療養介護を申請する場合に記入すること。

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	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	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				

	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
申請するサービス	訪問系・その他	□居宅介護	□就労定着支援	※共同生活援助について ①希望する事業者の種類 ※いずれかを選択 □指定共同生活援助事業所 □日中サービス支援型指定共同生活援助事業所 □外部サービス利用型指定共同生活援助事業所 ②入浴、排せつ又は食事等の介護の提供について □希望する □希望しない ③サテライト型住居の利用意向 □有　・　□無
		□重度訪問介護	□自立生活援助	
		□同行援護		
		□行動援護		
		□短期入所		
		□重度障害者等包括支援		
	日中活動系	□療養介護	□自立訓練（機能訓練）	
		□生活介護	□自立訓練（生活訓練）	
			□宿泊型自立訓練	
			□就労移行支援	
			□就労移行支援（養成施設）	
			□就労継続支援A型	
			□就労継続支援B型	
	居住系	□施設入所支援	□共同生活援助※	
	地域相談支援	□地域移行支援		
		□地域定着支援		

私は、利用者負担上限額等の決定に必要な場合、箕面市福祉事務所長が私及び私と同一世帯にある者の所得及び資産並びに介護保険利用状況について調査することに同意します。また、サービス等利用計画又は個別支援計画の作成に必要な場合、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、市町村審査会の審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、箕面市から指定特定相談支援事業者、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及び転出先市町村に提示すること並びに箕面市が転入前市町村から取り寄せることに同意します。

申請者（保護者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏）

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、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ、食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。)に入院している者に限る。)を申請する場合に記入すること。

申請する減免の種類	□　Ⅰ　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。 (当てはまるものに〇をつける。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 ※療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも〇をつける。 ①　利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ②　①以外のもの 3　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)に属する者	
	□　Ⅱ　医療型個別減免に関する認定 次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の者	〈20歳未満の方〉 1　療養介護利用者であること(年令　　歳)
	□　Ⅲ　施設入所者(注)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) 次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)	
	〈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又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1　施設入所者であること(年令　　歳)
	□　Ⅳ　グループホーム入居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(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	□　Ⅴ　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。	

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。

申請書提出者	□申請者本人　　□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		

災害時に備えた人工呼吸器等使用状況調査票

箕面市では、災害時における停電等に備え、主に独居で人工呼吸器等を使用されている**在宅のかた**の状況把握を進めています。以下の設問へのご協力をお願いいたします。

※障害者施設(グループホーム除く)などにお住まいのかたは、ご記入は不要です。

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		大 昭 平 令　　年　　月　　日

下記の該当する項目に、〇印をつけてください。

1．下記の医療機器等の使用はありますか？

いいえ

※使用している医療機器に〇をつけてください

はい ⇨
- 人工呼吸器(睡眠時無呼吸症候群用(CPAP)を除く)
- 酸素吸入器
- たん吸引器
- 輸液ポンプ（点滴静脈注射）
- シリンジポンプ（点滴静脈注射微量用）
- 自動腹膜透析（APD）
- 接続携帯式腹膜透析（CAPD）
- 血液透析

2．障害福祉サービスの居宅身体介護（ホームヘルプ）・重度訪問介護、訪問看護のいずれかを合わせて週５回以上、利用していますか？

いいえ

※いずれかに〇をつけてください

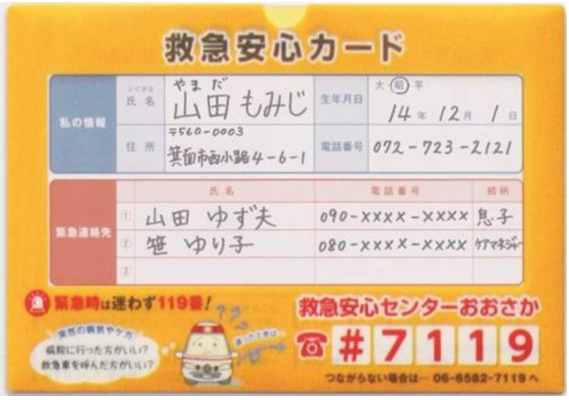
はい ⇨
- 回数（居宅身体介護５回以上・重度訪問介護５回以上・訪問看護５回以上・合わせて５回以上）
- 内容（水分補給を含む身体介護のため・水分補給を含まない身体介護のため）

現在、箕面市内にお住まい（在宅）で、　１または２で「はい」と回答されたかたのみ、裏面にもご記入をお願いします。

問合せ先　箕面市障害福祉室　TEL 072-727-9514　FAX 072-727-3539
〒562-0014　箕面市萱野5丁目8番1号　みのおライフプラザ内

『救急安心カード』がお手元にあるかたは、必要事項を記入の上、冷蔵庫に貼ってください。

ステッカーを玄関のドアの内側に貼ってください。



必要事項を記入し、ケースに入れて、冷蔵庫に貼ってください。

①対象者

C		NO	

フリガナ		男・女	生年月日	
氏　　名			大 昭 平 令　　年　月　日（　　歳）	
住　所 （実際にお住まいの場所）	箕面市 自宅 ・ グループホーム（名称　　） その他（施設名　　）		電話番号	
			ＦＡＸ	
疾患名･障害名				
医療処置内容	人工呼吸器（睡眠時無呼吸症候群用(CPAP)を除く） ・ 酸素吸入器 たん吸引器 ・ 輸液ポンプ ・ シリンジポンプ ・ 自動腹膜透析 ・ 連続携帯式腹膜透析 血液透析（ 月・火・水・木・金・土・日　透析医療機関：　　）			
同居人数 （ご自身を除く）	人	日常的にひとりで自宅にいる時間が**連続６時間以上**ある	はい ・ いいえ	
同居者の構成	15歳以下　人 ・ 16～64歳　人 ・ 65歳以上　人			
指定避難所	止々呂美小 ・ 箕面小 ・ 西小 ・ 南小 ・ 西南小 ・ メイプルホール ・ 中小 二中 ・ 萱野小 ・ 萱野東小 ・ 東小 ・ 豊川北小 ・ 豊川南小 ・ 彩都の丘小			

②障害の状態・程度

理解・判断力	問題なし・ていねいな説明が必要・困難
視　　力	見える・ほとんど見えない・見えない
聴　　力	聞こえる・大きい声なら聞こえる・聞こえない
身体状況	一人で歩行可・歩行困難・寝たきり
注意事項	

③救急に関する情報

治療中の病気
既　往　症
アレルギー
無・有（有の場合のみ下に記入）

④緊急時の家族等の連絡先　※連絡が付きやすい順に記入

氏　名		続　柄	
住　所			
電話番号		ＦＡＸ	
氏　名		続　柄	
住　所			
電話番号		ＦＡＸ	

ありがとうございました。後日、追加でお尋ねする場合がありますが、ご協力よろしくお願いいたします。

＜事務局欄＞

確認日・担当	R　/　/　印	要介護度		障害支援区分	
障害者手帳	身体： 無・有(　級) ／ 療育： 無・有(　) ／ 精神： 無・有(　級)				