

月額負担上限額等の認定に関する申告書

申請する 減免の 種類	所得区分認定	<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。)	
	医療型個別減免	<input type="checkbox"/> II 医療型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、医療型個別減免を申請します。	
	特設給付者	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること(年齢 才) 2 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1 施設入所者であること(年齢 才)
	特別給付者	<input type="checkbox"/> 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) 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。(別紙申請書あり)	
		<20歳以上の方> 1 施設入所者であること(年齢 才) 2 市町村民税非課税世帯また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(年齢 才)
		<input type="checkbox"/> IV グループホーム等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) 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。(別紙申請書あり)	
		1 共同生活援助または共同生活介護利用者であること 2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者	

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)
 ※入所者における特定障害者特別給付費については知的障害者通勤寮入所者は対象となりません。

市民税等の調査等に関する同意

私は、次の事項について同意します。

- 1 障害者自立支援法に規定する介護給付費又は訓練等給付費及び地域生活支援事業(個別給付事業)の支給決定に係る費用認定等に必要課税状況等の閲覧について
- 2 高額障害福祉サービス費及び高額障害児施設給付費の支払事務に係る世帯集約番号を設定するため、世帯全員の障害福祉サービスの支給決定状況及び契約状況等(支給決定の有無を含む)を、神奈川県中央児童相談所に提示することについて

住 所 茅ヶ崎市

本人(児童の場合、保護者) _____

氏 名 _____

市町村記入欄

- I 月額上限額 生活保護 低所得1(0円) 低所得2(0円) 一般1(4,600円・9,300円) 一般2(37,200円)
- ※施設入所者(20歳未満) 生活保護 低所得1(0円) 低所得2(0円) 一般1(9,300円) 一般2(37,200円)
- II 生保移行防止 24,600円 15,000円 0円 実費負担(円/月)