

様式 1

○申請の前に、必ず裏面の注意事項をお読みください。

○字は楷書で、はっきり記入してください。

○※の欄には、何も記入しないでください。

※受付 年 月 日

在宅重度重複障害者介護見舞金支給申請書					
支給を受けようとする人（保護者）	(ふりがな)		性別	男・女	
	氏名				
	住所	〒新潟県			
	電話番号	— —			
	障害者との続柄	障害者の			
介護の対象となる障害者	(ふりがな)		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	年 月 日 (満 歳)			
	療育手帳 (A)	番 号 第 号			
		交付年月日	年 月 日		
		次回再判定	年 月 / 再判定なし		
	身体障害者手帳 (障害名が3つ以上ある場合は、等級の重いものから順に3つまで記入してください。)	番 号 市・郡 第 号			
		①障害名	等級	1級・2級	
		交付年月日	年 月 日		
		②障害名	等級	1級・2級	
交付年月日		年 月 日			
	③障害名	等級	1級・2級		
	交付年月日	年 月 日			
他の手当等の受給状況 (現在支給を受けているものがあれば、○をつけてください。)	<p>1. 障害者が受給しているもの ① 特別障害者手当 ② 障害児福祉手当 ③ 経過的福祉手当</p> <p>2. 支給を受けようとする保護者が受給しているもの ① 児童扶養手当 ② 特別児童扶養手当 (1級・2級)</p> <p>3. 支給を受けようとする保護者以外に、障害者の家族等が受給しているもの (障害者との続柄：障害者の) ① 児童扶養手当 ② 特別児童扶養手当 (1級・2級)</p>				

障害者の状況 (あてはまるものに○をつけてください。)	食事 <ul style="list-style-type: none"> ・経管栄養等で摂取している ・全面的に介助が必要 (普通食・きざみ食・ミキサー食・その他) ・一部介助が必要 (スプーンに食物をのせるなど) (普通食・きざみ食・ミキサー食・その他) ・ほとんど介助不要 (普通食・きざみ食・ミキサー食・その他) ・その他 ()
	排泄 <ul style="list-style-type: none"> ・おむつを使用 (常時・夜間のみ・外出時のみ・その他) ・トイレを使用 (全介助・半介助・自立) ・その他 ()
	着替 <ul style="list-style-type: none"> ・全面的に介助が必要 (着るとき・脱ぐとき) ・一部介助が必要 (着るとき・脱ぐとき) ・ほとんど介助不要 (着るとき・脱ぐとき) ・その他 ()
	入浴 <ul style="list-style-type: none"> ・全面的に介助が必要 ・一部介助が必要 ・ほとんど介助不要 ・その他 ()
	夜間 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間も介護が必要 (たん吸引・おむつ交換・その他) ・夜間大きな声をあげる、泣く、起き出して動き回ることがある (いつも・月の半分以上・月の半分程度・月の半分以下・ほとんどない) ・おとなしくしているが、夜間、長時間にわたり起きていることがある (いつも・月の半分以上・月の半分程度・月の半分以下・ほとんどない) ・特に介護・介助は必要ない

施設等の利用状況 (あてはまるものに○をつけてください。 なお、障害者が現在施設に入所している場合は、申請することはできません。)	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、施設に入所している 入所している施設の名称 () ・施設に入所したことがある 入所していた施設の名称 () 入所の期間 (年 月 ~ 年 月) (年 月 ~ 年 月) (年 月 ~ 年 月) ・施設に入所する予定がある (いつごろ:) ・施設に入所を検討している (いつごろ:) ・現在、病院に入院している 入院している病院の名称 () 入院の期間 (いつから: 年 月 ~) 退院の予定 (予定なし・予定あり 平成 年 月 ごろ)
---	---

上記のとおり相違ありません。
 関係書類を添えて、在宅重度重複障害者介護見舞金の支給を申請します。

年 月 日

氏名

地域振興局健康福祉（環境）部長 様

在宅重度重複障害者介護見舞金を申請される方へ

1 この見舞金は、重度の重複障害をお持ちの方を、在宅で常時介護している保護者の方に支給するものです。

2 介護の対象となる重度の障害をお持ちの方が、次のすべてにあてはまる必要があります。

(1) 知的障害者であって、療育手帳が「A」であること。

(2) 身体障害者であって、身体障害者手帳に記載されている障害について、次の①～④の2つ以上にあてはまること。

・③については、③の障害の中で2つ以上あてはまるものがあったとしても、そのほかに①、②または④のいずれかに該当する障害がある必要があります。

・④については、④の障害の中で2つ以上あてはまるものがあったとしても、そのほかに①、②または③のいずれかに該当する障害がある必要があります。

障 害 名	障害の等級
① 視覚障害	1級または2級
② 聴覚障害	2級
③ 肢体不自由 (上肢不自由・下肢不自由・体幹不自由・脳原性上肢機能障害・脳原性移動機能障害)	左の()内の障害のうち、いずれかについて、1級または2級
④ 内部障害 (心臓機能障害・じん臓機能障害・呼吸器機能障害・ぼうこう又は直腸の機能障害・小腸機能障害・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害・肝臓機能障害)	左の()内の障害のうち、いずれかについて、1級

(3) 施設に入所していないこと(ただし、障害児入所施設への親子入所を除く)

施設に入所している間は、申請できません。退所した日の翌日から申請することができます。

3 提出された申請書をもとに、支給するかどうかの審査を行います。審査の結果は後日、書面で申請者にお知らせします。

また、申請書の内容についてくわしく確認するために、あらためて調査や資料などの提出をお願いすることがあります。

4 支給を決定したときは、申請のあった月の翌月分から、月額20,000円を支給します。

5 年1回、所得などを報告する書類を提出していただきます。所得の額によって、1年間支給が停止されることがあります。

6 申請書の提出は、郵送でも受付けています。申請先は、お住まいの市町村によって異なります。くわしくは、右の表をご覧ください。

7 申請にあたっては、この「在宅重度重複障害者介護見舞金支給申請書」(様式1)のほかに、次の書類がすべて必要です。

チェック欄	必要な書類
	①療育手帳の写し
	②身体障害者手帳の写し
	③所得状況届(様式2)
	④所得状況届に書いた事項について、市町村長の証明(市町村長の発行する課税証明など)
	⑤申請者の世帯全員分の住民票(続柄の記載があるもの)
	⑥相手方登録申込書(様式3)

[申請先]

お住まいの市町村	申請先(郵送可)	〒	所在地	電話番号
村上市・関川村・粟島浦村	村上地域振興局健康福祉部(企画調整課)	958-0864	村上市肴町10-15	0254-53-8360
新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町	新発田地域振興局健康福祉環境部(地域福祉課)	957-8511	新発田市豊町3-3-2	0254-26-9127
五泉市・阿賀町	新潟地域振興局健康福祉部(総務福祉課)	956-0032	新潟市秋葉区南町9-33	0250-22-5173
三条市・加茂市・燕市・弥彦村・田上町	三条地域振興局健康福祉環境部(地域福祉課)	955-0046	三条市興野1-13-45	0256-36-2232
長岡市・小千谷市・見附市・出雲崎町	長岡地域振興局健康福祉環境部(地域福祉課)	940-0857	長岡市沖田3丁目2711-1	0258-33-4937
魚沼市	魚沼地域振興局健康福祉部(企画調整課)	946-0004	魚沼市大塚新田116-3	025-792-1145
南魚沼市・湯沢町	南魚沼地域振興局健康福祉環境部(地域福祉課)	949-6680	南魚沼市六日町620-2	025-772-8138
十日町市・津南町	十日町地域振興局健康福祉部(企画調整課)	948-0054	十日町市高山857	025-757-2400
柏崎市・刈羽村	柏崎地域振興局健康福祉部(企画調整課)	945-0053	柏崎市鏡町11-9	0257-22-4166
上越市・妙高市	上越地域振興局健康福祉環境部(総務福祉課)	943-0807	上越市春日山町3-8-34	025-524-6149
糸魚川市	糸魚川地域振興局健康福祉部(企画調整課)	941-0052	糸魚川市南押上1-15-1	025-552-1783
佐渡市	佐渡地域振興局健康福祉環境部(総務福祉課)	952-1555	佐渡市相川二丁目浜町20-1	0259-74-3386