

債権者と口座名義が異なる場合は、下の枠内を記入してください。

の受領にあたり下記の振込先口座に振り込んで下さるよう依頼いたします。

振込先 金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種別 普通・当座 口座番号 _____

(フリガナ)

口座名義 _____

債権者 住 所

氏名・法人名

代表者職氏名

1 地域移行に該当しない方

(1) 特定障害者特別給付費(補足給付)支給対象の方(非課税世帯)

家賃月額(管理費、共益費を含む。日用品費、食費等は除く)の1/2の額から、特定障害者特別給付費(補足給付)の額(上限10,000円)を差し引いた額

ただし、助成の上限額は10,000円/月

(2) 特定障害者特別給付費(補足給付)支給対象でない方(課税世帯)

家賃月額(管理費、共益費を含む。日用品費、食費等は除く)の1/2の額

ただし、助成の上限額は15,000円/月

2 地域移行に該当する方

(1) 特定障害者特別給付費(補足給付)支給対象の方(非課税世帯)

家賃月額(管理費、共益費を含む。日用品費、食費等は除く)の1/2の額

ただし、助成の上限額は25,000円/月

(2) 特定障害者特別給付費(補足給付)支給対象でない方(課税世帯)

家賃月額(管理費、共益費を含む。日用品費、食費等は除く)の1/2の額

ただし、助成の上限額は30,000円/月

ただし、グループホームに入居した日の属する月の翌月(その日が月の初日であるときは、その日の属する月)から起算して1年間に限ります。なお、地域移行に該当する方とは、障がい者施設や精神科医療機関に1年以上入所又は入院していた方で、新たにグループホームで生活を開始する方をいいます。

助成金額
(月額)