様式第3号(第4条、第10条、第13条関係)

(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)支給変更申請書 兼利用者負担額減額·免除等申請書兼計画相談支援給付費支給変更申請書

	务所長 村										変史	
とおり申請し	ます(届け							申請年月日:	年	月	日	
フリガ	`ナ							大正・昭和				
							北年 日口		年	月	日	
氏 名				生年月日			半成・令和	平成・令和				
		個人看	個人番号				性別:男・女	年數	令:	歳		
		₹	_					電話番号	()		
(実際に住ん	でいる所)	上言	記住所:住	民票と(同じ	・異なる)			携帯	_		_	
フリガナ								平成				
支給申請に係る								会和	年	平 月	日	
		個人多	長 早					HLCI	左級	<u> </u>	歳	
	1767	四八年	# <i>7</i>	# * T 15				障害者	<u>+</u> M	ı ·	万 义	
帳釆巳	·同宰太左	(n	級)	源育于版 番号		*	,		·	(_	級)	
		-		<u>┃</u> 療受給者証 □			, ,,) /有効期限:	· 平 年	- <u>月</u> 月	<u></u> 日	
険者の記号及	び番号(%	()				保険す	者名及び番号(※	()				
基礎年金受給	合の有無(京	就労継続支	援A型及	なびB型のサー	ービス申請をする	者に限る。)	1級 · 2級	• 未受給 基礎(1·	2) · 厚生	· 共済(1	. 2 . 3)	
保険者証の記								-				
					区分	1 2 3 4	156 有	「効期間	年	月	日	
障害福祉関	係 「 , , , , ,		12//							,		
サービス												
	共同生	活援助/施設	投入所支护	爱/療養介護 /	就労定着支援/自	立生活援助	計画相	談/地域移行支援/地域	定着支持	爰		
	要介	護状態区分	無 (5	対象外・非認	を当) ・ 要支援	₹ 1 2 · }	要介護 1 2 3	4 5 有効期間	年	月	日	
	利用中	利用中のサービスの種類と内容等										
,	訪問介	護/訪問看護	雙/訪問入	.浴/訪問リハ/通	i所介護(デイサービス	()/通所リハ(デ	イケア)/ショートステイ/そ	- の他:				
変更の理由												
	l l											
区分								変更希望日:□翌月 □その		/	~	
		介護網	給付費		訓	練等給付		変更希望日:□翌月 □その 申 請に係る	他:	<u>/</u>]内容	~	
⇒Ł	□身体介		給付費	時間/月)	訓□就労定着支			□その 申請に係る 【記入例】	他: 具体的		~	
計	□身体介□家事援	護		時間/月)	· ·	援		□その 申請に係る	他: 具体的 病院整形	外科)	<u>~</u> /月	
訪問		護助			□就労定着支	援助	費	□その 申 請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A 編	他: 具体的 病院整形 × 4. 5週=	·外科) =18時間	<u>~</u> /月	
問 系	□家事援□通院等	護助		時間/月)	□ 就労定着支 □ 自立生活援	援助	費	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A 編 4時間/回×1回/週	他: 具体的 病院整形 × 4. 5週= :行う家	·外科) =18時間 事希望	<u>~</u> /月	
問 系 •	□家事援□通院等	護 助 介助 乗降介助	(時間/月)	□ 就労定着支 □ 自立生活援	援助	費	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A系 4時間/回×1回/週: □ 身体介護:ともに	他: 具体的 病院整形 × 4.5週= 二行う家	·外科) =18時間 事希望	<u>~</u> /月	
問 系 ・ そ の	□家事援□通院等□通院等	護助 介助 無降介助 問介護	(((時間/月)時間/月)	□ 就労定着支 □ 自立生活援	援助	費	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A系 4時間/回×1回/週: 日 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護 言	他: 具体的 病院整形×4.5週= 二行う家 引介助希	·外科) =18時間 事希望		
問 系 ・ そ	□ 家事援 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度訪	護衛 (大)	((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月)	□ 就労定着支 □ 自立生活援	援助	費	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編4時間/回×1回/週: 身体介護:ともに □ 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護言うち居宅介護分	他: 具体的 病院整形 × 4. 5週= - 行う家 引介助希	·外科) =18時間 事希望 望 時間		
問 系 ・ そ の	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度訪 □ 同行接	護衛 (大)	((((((((((((((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月)	□ 就労定着支 □ 自立生活援	援助	費	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編4時間/回×1回/週: 身体介護:ともに □ 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護言うち居宅介護分	他: 具体的 病院を 病院 4.5 元 元 元 元 元 元 元 の の の の の の の の の の の の の	·外科) =18時間 事希望 望 時間	/月	
問 系 ・ そ の	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度訪 □ 同行接	護助介助 孫縣介助 所問介護 護護 護養	((((((((((((((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月)	□ 就労定着支 □ 自立生活援	援助 援	費	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編4時間/回×1回/週: 身体介護:ともに □ 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護言うち居宅介護分	他: 具体的 病院を 病院 4.5 元 元 元 元 元 元 元 の の の の の の の の の の の の の	·外科) =18時間 事希望 望 時間	/月	
問系・その他訓	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度 □ 同行接 □ 一行動接	護衛 一	((((((((((((((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□ 就労選択支	援助援	費	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編4時間/回×1回/週: 身体介護:ともに □ 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護言うち居宅介護分	他: 具体的 病院を 病院 4.5 元 元 元 元 元 元 元 の の の の の の の の の の の の の	·外科) =18時間 事希望 望 時間	/月	
問系・その他訓練	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度 □ 回行接 □ □ 行動接 □ □ 無 関	護師 一个	((((((((((((((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□就労選択支□□申立訓練(A	援助援援	(日/月)	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編4時間/回×1回/週: 身体介護:ともに □ 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護言うち居宅介護分	他: 具体的 病院を 病院 4.5 元 元 元 元 元 元 元 の の の の の の の の の の の の の	·外科) =18時間 事希望 望 時間	/月	
問系・その他訓練系・	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度 □ 同行動援 □ 重度障 □ 短期入 □ 療養介	護師 一个	(((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□就労選択支□自立訓練(A□自立訓練(A□自立訓練(A□	援助援	(日/月)	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編4時間/回×1回/週: 身体介護:ともに □ 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護言うち居宅介護分	他: 具体的 病院を 病院 4.5 元 元 元 元 元 元 元 の の の の の の の の の の の の の	·外科) =18時間 事希望 望 時間	/月	
問系・その他 訓練系・就	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度 □ 同行動援 □ 重度障 □ 短期入 □ 療養介	護師 一个	(((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□ □ 前立生活援□ □ 前立訓練(を□ □ 申立訓練(を□ □ 申立訓練(を□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	援助 援	費 (日/月) (日/月)	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編 4時間/回×1回/週) 」身体介護:ともに □ 身体介助:院内 →院院内介助申請 重度訪問介護分 移動介護分	他: 具体的 病×4.5 う 助 病×4.5 う 助 間 ll	· 外科) =18時間 事希望 望 時間,	/月	
問系・その他訓練系・	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度 □ 同行動援 □ 重度障 □ 短期入 □ 療養介	護師 一个	(((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□就労選択支□自立訓練(f)□自立訓練(f)□宿泊型自立□就労移行支	援助 援	費 (日/月) (日/月)	□その 申請に係る 【記入例】 ・通院等介助(A編4時間/回×1回/週: 身体介護:ともに □ 身体介護:ともに □ 通院等介助:院内 →院内介助申請書 □ 重度訪問介護言うち居宅介護分	他: 人体的 病 4. 行う 財 素 5. 行う 財 所に 8. 一般 1. 一是 1. 一	: 外科) =18時間 事希望 時間 に: に: ないて、	/月	
問系・その他 訓練系・就労	□ 家事接 □ 通院等 □ 通院等 □ 重度 □ 同行動援 □ 重度障 □ 短期入 □ 療養介	護師 一个	(((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□ □ 前 対 選択支□ □ 立訓練 (本□ □ 立訓練 (本□ □ 立訓練 (本□ □ 前 対 移 行 支□ 元 対 分 移 行 支□ 元 労 移 行 支□ 元 労 移 行 支□ 元 労 移 行 支	援助 援	世 (日/月) (日/月) (日/月) 改)(日/月)	□ その 申請に係る 【記入例】・通院の介助(A編 4時間/回×1回/週。 4時間/回※:ともに 身体介等の介助のででである。 一 通院内介助のででである。 一 通院内介助のででである。 一 ではいる。 一 世にはいる。 一 世にはいる。 日 世には、 日 世には、 日 は、 日 は、 日 は、 日 は は は は も は も は も は も は も は も	他: (本) (*)	外に 大学 18時 第 望 1 1 1 1 1 1 1 1 1	/月 時間) 日 外部	
問系・その他 訓練系・就労	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	護助 介助 乘 作	(((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□就労選択支□自立訓練(括□自立訓練(括□自立訓練(括□自立訓練(任□高泊型自立□就労移行支□就労移行支□就労継続支	援助 援 能訓練) 主活訓練 計 援 援 (養成施記 援 援A型 援 援 援 援 援 援	世 (日/月) (日/月) (日/月) (日/月) (日/月)	□ その 申請に係る 【記入例】・ 通院の か	他: 体	外に 大学 18時 第 望 1 1 1 1 1 1 1 1 1	/月 時間) 日 外部	
問系・その他 目中活動系 引練系・就労系	□ 家事接	護知 介助 再降介助 問護 護 書 等包括 所 護	(((((((((時間/月) 時間/月) 回/月) 時間/月) 時間/月) 時間/月)	□就労定着支□自立生活援□ 就労選択支□ 自立訓練(本□ 自立訓練(本□ 自立訓練(本□ 京泊型自立□ 就労移行支□ 就労移行支□ 就労継続支□ 就労継続支□ 計労継続支□ 計労継続支□ は労継続支□ は労継続支□ は労継続支□ は労継続支□ はいかいによりによりによりによりによりによりによりによりによりによりによりによりによりに	援助 援 機能訓練) 主活訓練 接援(養成施記 援B型 助 (グル-プ	世 (日/月) (日/月) (日/月) (日/月) (日/月)	□ その 申請に係る 【記入例】・ 通院の か	他: 体	外 18時 山間 2 は 10 い 2 い 3 <t< td=""><td>/月 時間) 日 外部</td></t<>	/月 時間) 日 外部	
	居住(実際に住ん) フリガナ 支給申請に人。 1	居住地(実際に住んでいる所) フリガナ 支給申請に任名8歳未満の障害児の障害者等であることを号に保護者のであることを号に保険者証のの有及び管害福祉ビス 障害福祉ビス 障害福祉ビス 原 利 身同行同生 アナービス 対 動間介 対 動間介	個人者 居住地 (実際に住んでいる所) 居住地 (実際に住んでいる所) 一 一 フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名 8歳未満の障害児) 個人者 本障害者 帳番号 次回審査年月: (年) (東管書者等であることを証する書類 口特) (東古の記号及び番号(※)) 基礎年金受給の有無(就労継続支 保険者証の記号及び番号」欄及び 利用中のサービス 身体介護(共に行動援護 共同生活援助/施言 東介護保険 サービス 対間介護/訪問看話	居住地 (実際に住んでいる所) 居住地 (実際に住んでいる所) 左給申請に係る 障害児氏名 8歳未満の障害児) 個人番号 が管害児氏名 8歳未満の障害児) 個人番号 が高書を表した。 (級) 次回審査年月: 年 月 20章書者等であることを証する書類 口特定疾患医 険者の記号及び番号(※) 基礎年金受給の有無(就労継続支援A型及び保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者ご保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者ご保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者ご保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者ご保険者証の記号及び番号」機関でよの種類と対象体介護(共に行う家事有同行援護/行動援護/短期入共同生活援助/施設入所支持を表して、表して、表して、表して、表して、表して、表して、表して、表して、表して、	居住地 (実際に住んでいる所) 居住地 (実際に住んでいる所) 上記住所:住民票と(同じ フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名 8歳未満の障害児) 個人番号 が障害者 帳番号 次回審査年月: 年月 型障害者等であることを証する書類 □特定疾患医療受給者証 □ 険者の記号及び番号(※) 基礎年金受給の有無(就労継続支援A型及びB型のサービ保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者を保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者を保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者を持続者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者を持続者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者を持続者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者を持続者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者を持続者を持続者を持続者を持続した。 東介護(共に行う家事有・無)/家事書の行援護/行動援護/短期入所/生活介護/共同生活援助/施設入所支援/療養介護/サービスの種類と内容等 利用中のサービスの種類と内容等 利用中のサービスの種類と内容等	居住地 (実際に住んでいる所) 居住地 (実際に住んでいる所) 上記住所:住民票と(同じ・異なる) フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名 8歳未満の障害児) 個人番号 個人番号 施管害者 帳番号 次回審査年月: 年月 家育手帳番号 次回審査年月: 年月 家育手帳番号 次回判定全理管書者等であることを証する書類 口特定疾患医療受給者証 口診断書(ICD-10有険者の記号及び番号(※)) 基礎年金受給の有無(就労継続支援A型及びB型のサービス申請をする。保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療活と保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療活と保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療活と関係・サービスの種類と内容等 り体介護(共に行う家事有・無)/家事援助/通院等介助同行援護/行動援護/短期入所/生活介護/就労移行支援/前り振護/行動援護/短期入所支援/療養介護/就労定着支援/自要介護状態区分 無(対象外・非該当)・要支援 利用中のサービスの種類と内容等	居住地 (実際に住んでいる所) 居住地 (実際に住んでいる所) 一 上記住所:住民票と(同じ・異なる) フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名 8歳未満の障害児) 個人番号 個人番号 (A・B 素育手帳 番号 次回審査年月: 年月 番号 次回判定年月: 全地障害者等であることを証する書類 □特定疾患医療受給者証 □診断書(ICD-10有・難病) □ そ後者の記号及び番号(※) 展後者の記号及び番号(※) 「基礎年金受給の有無(就労継続支援A型及びB型のサービス申請をする者に限る。) 保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申認管害支援区分の認定 有・無 区分 1 2 3 年利用中のサービスの種類と内容等 身体介護(共に行う家事有・無)/家事援助/通院等介助(身体有・無同行援護/行動援護/短期入所/生活介護/就労移行支援/就労継続支援、共同生活援助/施設入所支援/療養介護/就労を持支援/自立生活援助 ア介護保険 サービスの種類と内容等 要介護状態区分 無(対象外・非該当)・要支援 1 2・算力	居住地 (実際に住んでいる所)	氏名 個人番号 生年月日 平成・令和 性別:男・女 電話番号 (実際に住んでいる所)	任 氏 名	任 知 (実際に住んでいる所)	

主 治 医	☆ 医療機関名			主治医の)氏名					
*	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、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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。										
申請する洞外の種類	(あたける) 1. 生活代表 1. 生活代表 1. 生活代表 1. 生活代表 1. 市町	区分の適用を申請しますはまるものに○をつける 保護受給世帯 村民税非課税世帯(※) 養介護を利用する場合は 利用分のもの 村民税課税世帯(障害者 (ではまるため 大人にもあてはまるため 上の方> ・介護利用者であること(村民税非課税世帯の者 注)に対する特定障害者に 対にもあてはまるため 上の方> ・介護利用者であること(村民税非課税世帯の者 注)に対する特定障害者に 対にもあてはまるため 大人に対する特定であること(対民税非課税世帯の者 を対したが、 対民税が、 対民税が、 対民税が、 対民税が、 対民税が、 対民税が、 対民税が、 対民税が、 対し、 対し、 対し、 対し、 対し、 対し、 対し、 対し	に属する者 は、①又は②の当ては 金額及び障害基礎年金 ・ 所得割16万円未満、 ・ 医療型個別減免を申 年令 す) 特別給付費(補足給付) ・ 対象となる入所施設 ・ す) 生活保護受給世帯の者 ・ に対する特定障害者な ・ 直減免措置、補足給付の	まる方にも〇を 等の収入の合計 障害児:28万円 計します。 <20歳未満 1.療養介 に関する認定(入 計します。 (障害者支援施設 <20歳未満。 1.施設入 別給付費(補足) るため、特定障 つ特例措置)に関	つける。 ・額が80万9千円 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	円以下のもの る者 こと(年令 等軽減措置) (年令 オ 忍定(家賃軽減 費を申請します	昔置)			
		事務所が発行する境界層 忍できる書類を添付して申		:なります。)						
	□申請者本人	(下記の氏名等記入不要)	•	本人以外(下記	の氏名等を記入)					
申請書提	- 長名			家族 (続柄 者との ケアマネ (その他:		《支援専門員(3当事業者()			
出者		_		□ 住所・電話	話番号ともに申	ともに申請者と同じ				
	12 //1				電話番号	()			
-										
	受付日	調査員		利負担区分	税確認	者 入力者	書替			
	年月日,	担当者 日 日 日	時 / /	4 · B · C · D						
	受付担当		* 本人:	 配偶者:						
		場所 自宅・市役所・代		母: 他:			年 月 日			
市処理欄	【申請者本人確認資料】	,	【申請書提出者】	伝達	事項					
欄	□ 各種障害者手帳 □ 障害福祉サービス □ 個人番号カード等 □ 健康保険証 □ 運転免許証 □ その他(本人 ・ 代理人(委任状:有・無) ・ 使者 【申請書提出者身分確認資料】 □ 運転免許証 □ 健康保険証 □ 相談支援専門員証・介護支援専門員証 □ その他(