

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

岸和田市福祉事務所長 様 変更
次のとおり申請します(届け出ます)。 申請年月日: 年 月 日

申請者	フリガナ											生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	氏 名												平成・令和 年 月 日		
	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)										性別:男・女	年齢:	歳	
フリガナ												生年月日	平成 年 月 日		
支給申請に係る 障害児氏名 (18歳未満の障害児)		個人番号											令和 年 月 日		
身体障害者 手帳番号		(級)		療育手帳 番号		(A・B1・B2)		精神障害者 保健福祉手帳 番号		(級)		有効期限: 年 月 日			
その他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) ☐ その他() /有効期限: 年 月 日															
被保険者の記号及び番号(※)						保険者名及び番号(※)									
障害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。)						1級・2級・未受給		基礎(1・2)・厚生・共済(1・2・3)							

※「被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、療養介護を申請する場合記入すること。

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 1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日	
		利用中のサービスの種類と内容等					
	介護保険サービス	要介護状態区分	無(対象外・非該当)・要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年 月 日		
		利用中のサービスの種類と内容等					
		訪問介護/訪問看護/訪問入浴/訪問リハ/通所介護(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	変更希望日: ☐ 翌月1日～ ☐ その他: / ~
-------	--

申請するサービス	区分	介護給付費	訓練等給付費	申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	☐ 身体介護 (時間/月)	☐ 就労定着支援	【記入例】 ・通院等介助(A病院整形外科) 4時間/回×1回/週×4.5週=18時間/月 ☐ 身体介護:ともに行う家事希望 ☐ 通院等介助:院内介助希望 →院内介助申請書要 ☐ 重度訪問介護 計 時間/月 うち居宅介護分 時間 移動介護分 時間(加算: 時間)
		☐ 家事援助 (時間/月)	☐ 自立生活援助	
		☐ 通院等介助 (時間/月)	☐ 就労選択支援	
		☐ 通院等乗降介助 (回/月)		
		☐ 重度訪問介護 (時間/月)		
		☐ 同行援護 (時間/月)		
		☐ 行動援護 (時間/月)		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	訓練中系・就労系	☐ 短期入所 (日/月)	☐ 自立訓練(機能訓練) (日/月)	☐ 共同生活援助事業所において、日中サービス支援型の利用希望 ☐ 共同生活援助事業所において、外部サービス(入浴、食事等の介護)の利用希望 (希望量 分/月)
☐ 療養介護		☐ 自立訓練(生活訓練) (日/月)		
☐ 生活介護 (日/月)		☐ 宿泊型自立訓練		
		☐ 就労移行支援 (日/月)		
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助(グループホーム)		
地域相談支援	☐ 地域移行支援	☐ 地域定着支援		
☐ 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請(第1希望 第2希望 第3希望) ☐ セルフプラン希望 ☐ ケアプラン(本体・利用票)				

