

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 平成	年	月	日					
	氏名												性別: 男・女	年齢:	歳						
	個人番号																				
居住地 (実際に住んでいる所)	〒	-										電話番号 ()			携帯 - -						
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													続柄	年齢: 歳						
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						
次回審査年月: 年 月		次回判定年月: 年 月												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													<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証			<input type="checkbox"/> 診断書 (ICD-10有・難病)			<input type="checkbox"/> 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	
	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
		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)(院内有・無)/通院等乗降介助/重度訪問介護/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(A型・B型)/自立訓練(機能・生活・宿泊型)/共同生活援助/施設入所支援/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/地域定着支援													
		訪問介護/訪問看護/訪問入浴/訪問リハ/通所介護(デ`イ`ヒス)/通所リハ(デ`イ`ア)/ショートステイ/その他:													

変更の理由	変更希望日: <input type="checkbox"/> 翌月1日～ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身体介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	/
<input type="checkbox"/> 家事援助 (時間/月)		<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
<input type="checkbox"/> 通院等介助 (時間/月)				
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 (回/月)				
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月)				
<input type="checkbox"/> 同行援護 (時間/月)				
<input type="checkbox"/> 行動援護 (時間/月)				
<input type="checkbox"/> 短期入所 (日/月)				
日中活動系	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) (日/月)		
	<input type="checkbox"/> 生活介護 (日/月)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) (日/月)		
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (日/月)		
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)(日/月)		<input type="checkbox"/> 共同生活援助(ケル`フ`ホーム)
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 (日/月)		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 (日/月)		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 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)

主治医 (※)	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	〒 ー 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 減免の 種類	<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。 <u>(あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。)</u> 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○をつける。 ①利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ②①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：28万円未満)に属する者	
	<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。	
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	<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(入所施設の食事等軽減措置) 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。 (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)	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又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(年令 才)
<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助(グループホーム入居者)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) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 (※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。)		

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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人(下記の氏名等記入不要)		<input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下記の氏名等を記入)	
	氏名		申請者との関係	家族(続柄：) 相談支援専門員() ケアマネ() 担当事業者() その他：
	住所	〒 ー	<input type="checkbox"/> 住所・電話番号ともに申請者と同じ 電話番号 ()	

市 処 理 欄	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	日時	/	A・B・C・D			
	受付担当	場所	自宅・市役所・他()	：	本人： 配偶者：			年月日
					父： 母： 他：			
	<input type="checkbox"/> 各種障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード等 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 申請書提出者 本人・代理人(委任状：有・無)・使者 <input type="checkbox"/> 申請書提出者身分確認資料 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員証・介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()			伝達事項	