支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

三浦市長

次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 　　個人番号：　　　　　　　　　　　 |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児童の氏名 | 個人番号： |
| 続　　柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 |  | 療育手帳番　　号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  | 疾病名 |  |
| 障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援（Ｂ型）のサービスを申請する者に限る。） | 有　・　無 |
| 被保険者証の記号及び番号(※) |  | 保険者名及び番号(※) |  |
| ※「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 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５ |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 変更の理由 |  |
| 変更を申請するサービス | サービスの種類 | 申請に係る具体的内容 |
| □　居宅介護 | □　就労定着支援 | □ 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給申請を行います。事業所名：　　　　　　　　　　　電話:　　(　　)　　　　 |
| □　重度訪問介護 | □　自立生活援助 |
| □　同行援護 | □　自立訓練（機能訓練） |
| □　行動援護 | □　自立訓練（生活訓練） |
| □　短期入所 | □　宿泊型自立訓練 |
| □　重度障害者等包括支援 | □　就労移行支援 |
| □　療養介護 | □　就労移行支援（養成施設） |
| □　生活介護 | □　就労継続支援（A型） |
|  | □　就労継続支援（B型） |
| □　施設入所支援 | □　共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ） |
| □　地域移行支援 | □　児童発達支援 |
| □　地域定着支援 | □　医療型児童発達支援 |
|  | □　放課後等デイサービス |
|  | □　居宅訪問型児童発達支援 |
|  | □　保育所等訪問支援 |
| □　移動支援(個別支援型) | □　日中一時支援事業 |
| □　地域活動支援センター |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　主治医（※） | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（※）　主治医の欄は、介護給付費を申請する場合に記入すること｡

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　申　請　す　る　減　免　の　種　類 | 　□　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。　　　　　（当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）　　　　　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○を付ける。　　　　　　　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合計額が８０万円以上の者　　　　　　　②　①以外の者　　　　　３　市町村民税課税世帯（障害者：所得割１６万円未満、障害児：所得割２８万円未満）に属する者 |
| 　　□　Ⅱ　医療型個別減免に関する認定　　　　　下記のいずれにも当てはまるため、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（年齢　　　　　歳）　　２　市町村民税非課税世帯の者 | 　　＜２０歳未満の方＞　　　１　療養介護利用者であること（年齢　　　　　歳） |
| 　　□　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）　　　　　下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。　　　　　（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（年齢　　　　　歳）　　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（年齢　　　　　歳） |
| 　　□　Ⅳ　グループホーム等入居者（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（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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。　　　　　（注）対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム） |
| 　　□　Ⅴ　生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、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（□自己負担減免措置、□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。 |
| 　申請に係る具体的内容 |  |

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 | 　□　申請者本人　　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |