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 | | |