

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

泉大津市社会福祉事務所長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 年 月 日	
	氏名	個人番号:		平成 令和	年 月 日	
居住地	〒					電話番号
	フリガナ			生年月日	平成・令和 年 月 日	
支給申請に係る児童氏名	個人番号:		続柄			
	身体障がい者手帳番号	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(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)						有・無

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障がい支援区分の認定	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	区分	サービスの種類				申請に係る具体的な内容
		介護給付費		訓練等給付費		
	訪問系・その他	居宅介護	就労定着支援			
		重度訪問介護	自立生活援助			
		行動援護	就労選択支援			
		同行援護				
		重度障害者等包括支援				
	日訓練活動・系就労系	短期入所	自立訓練(機能訓練)			
		療養介護	自立訓練(生活訓練)			
		生活介護	宿泊型自立訓練			
		就労移行支援				
		就労移行支援(養成施設)				
居住系	就労継続支援(A型)					
	就労継続支援(B型)					
地域相談支援	施設入所支援	共同生活援助(グループホーム)				

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、介護給付費または訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けること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含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申 請 す る 減 免 の 種 類	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。 (あてはまるものに をつける。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、 又は のあてはまる方にも をつける。 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が 80万9千円以下のもの以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
	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の者	20歳未満の方 1. 療養介護利用者であること (年令 才)
	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（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、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、特定旧法指定施設）	
	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)
	グループホーム利用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。	
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。		

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

私は利用者負担の軽減・免除等を決定するために必要な場合、泉大津市社会福祉事務所長が私及び私と同一世帯にある者の所得の状況等について調査することに同意します。

氏名