

中野市介護給付費・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・免除等変更申請書

年 月 日

中野市長 あて
次のとおり申請します。

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	()				
フリガナ	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	支給申請に係る障がい児氏名	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					
被保険者証の記号及び番号 (療養介護を申請する場合は記入。)			保険者名及び番号 (療養介護を申請する場合は記入。)						
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援(B型)を申請する場合は記入。)						有・無			
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							
サービス利用の状況	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									
申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容等			
		介護給付費		訓練等給付費					
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 就労定着支援					
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 自立生活援助					
		<input type="checkbox"/> 同行援護		/					
		<input type="checkbox"/> 行動援護							
		<input type="checkbox"/> 短期入所							
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援							
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護						<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護						<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
/		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練							
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援							
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)							
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)							
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)							
		居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				
地域支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援								
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援								

主治医 ※	主治医の氏名	医療機関名	
	所在地	電話 ()	
※ 介護給付費又は地域移行支援を申請する場合は記入してください。			
申請する減免等の種類	<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。 ※ あてはまるものに○をつけてください。いずれにもあてはまらない場合は空欄としてください。 1 生活保護受給世帯の者 2 市町村民税非課税世帯 (※) の者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまるものに○をつけてください。 ① 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80万円以下の者 ② ①以外の者 3 市町村民税課税世帯 (障がい者：所得割 16万円未満、障がい児：所得割 28万円未満) の者		
	<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> <20歳未満の方> 1 療養介護利用者であること (年齢 歳) 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		
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者 (※) に対する特定障害者特別給付費 (補足給付) に関する認定 (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。 ※ 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) です。 <20歳以上の方> <20歳未満の方> 1 施設入所者であること (年齢 歳) 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		
	<input type="checkbox"/> IV 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の者にあてはまるため、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。		
同意事項	1 世帯の課税台帳等について、この申請に係る確認処理のため職員が閲覧することに同意します。 2 この申請書を障害支援区分判定のための調査委託事業者及び認定審査会に提示することに同意します。 3 サービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。 4 高額障害福祉サービス費支給の確認のため本人の介護保険支給について職員が閲覧することに同意します。		

(注) いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入してください。)		
氏名		申請者との関係	
住所	電話 ()		