

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入
して下さい。

押印不要です。

個人番号(マイナンバー)を記入してく
ださい。

様式第4号(第10条、第19条の8関係)

介護給付費等支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

お持ちの支給決定事項を変更したいので、次のとおり申請します。

利用者が18歳
未満の場合、
「児童名」を記
入して下さい。

手帳をお持ちでな
い難病患者の方
はここに疾病名
を記入して下さい。

お持ちの手
帳に応じて記
入して下さい。

療養介護をご
利用の方は、
加入の医療
保険証につ
いて記入し
て下さい。

就労継続支援を
申請する方は、
どちらかに「○」
をつけて下さい。

フリガナ カナザワ タロウ	カナザワ タロウ	生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
氏名 金沢 太郎	個人番号: 1111111111111111	続柄	子
〒920-0000	居住地 金沢市広坂1-1-1 アパート102号	電話番号	076(220)2289
フリガナ カナザワ イチロウ	カナザワ イチロウ	生年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日
申請に係る 児童氏名 金沢 一郎	個人番号: 22222222222222	続柄	子
身体障害者 手帳等級 1 級	療育手帳 等級 A B	精神障害者保健 福祉手帳等級 2 級	疾病名 パーキンソン病
被保険者証の記号及び番号(※)	123 456789	保険者名及び番号(※)	〇〇保険協会・111111

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

「保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入してください。

障害福祉 サービス	障害支援 区分の認定 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	区分等 1 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 6 非該当	有効 期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~平成〇〇年〇〇月〇〇日
利用中のサービスの種類と内容等	居宅介護、就労継続支援B型 など			
介護保険 サービス	要介護認定 有・ <input checked="" type="radio"/> 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
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		
	<input checked="" type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<input checked="" type="checkbox"/> 同行援護			
	<input checked="" type="checkbox"/> 行動援護			
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所			
日中活動系	<input checked="" type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		※ 共同生活援助を申請する場合は、 入浴、排せつ又は食事等の介護の 提供を受けることについて該当す るものに○を付けてください。 1 希望する 2 希望しない
	<input checked="" type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型		
居住系	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
		<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) ※		
地域相談支援	<input checked="" type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

ご利用希望サービス横の
□にチェック(☑)を入れて
下さい。

共同生活援助を申請
する方は、どちらかに
「○」を付けて下さい。

利用者の収入状況が1～3のいずれかに該当する場合、☑のうえその番号を○で囲んでください。

【判断の目安】

例)収入が障害基礎年金だけの方は「2」になります。

以下の①～③の申請をする場合は主治医及び医療機関を記載して下さい。

- ①介護給付費(居宅介護等)
- ②共同生活援助(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に限る。)

(※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、介護給付費又は訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又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。)を申請する場合に記入してください。

I 負担上限月額に関する認定
 下記の区分の適用(の変更)を申請します。
 (該当するものに○を付けてください。いずれにも該当しない場合は空欄としてください。)

- 1 生活保護受給世帯に属する者
- 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の該当するものにも○を付けてください。
 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: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
 下記のいずれにも該当するため、医療型個別減免(の変更)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に属する者	

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
 (大所施設の食費等軽減措置)
 下記のいずれにも該当するため、特定障害者特別給付費(の変更)を申請します。
 (注)対象施設は、障害者支援施設

<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に属する者	

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に属する者に該当するため、特定障害者特別給付費(の変更)を申請します。

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)(の変更)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。

療養介護を申請する方は☐に☑のうえ、年齢を記載して下さい。

施設入所支援を申請する方は☐に☑のうえ、年齢を記載して下さい。

グループホームをご利用の方で、市税非課税世帯または生活保護世帯の方は、こちらにチェック(☑)を入れ、家賃を証する書類と合わせてご提出下さい。

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。
 (注)生活保護受給世帯を除き、18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

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)
氏名	金沢 花子	申請者との関係 妻
住所	申請者と同じ	電話番号 ()

備考 該当する☐の中にレ印を付けてください。

※市記入欄

確認欄	番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他 ()	代理権確認	法定・委任状・本人発行
	本人確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証(国保・後期高齢・介護) ・ 学生証 ・ その他 ()		

申請者以外の方が記入された場合は、こちらにチェック(☑)を入れ、住所・氏名・連絡先・続柄を記入して下さい。