

地域生活支援事業利用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

（宛先）金沢市社会福祉事務所長

現に受けている支給決定事項を変更したいので、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	〒 -										電話番号：（ ）				
支給申請に係る児童氏名	フリガナ											生年月日	年	月	日	
	児童氏名	個人番号：														続柄
	身体障害者手帳等級	種級	療育手帳等級	A・B	精神障害者保健福祉手帳等級				級	疾病名						
障害名																
※身体障害者手帳の場合のみ記入してください。																
障害基礎年金の受給の有無											有（ ）級・無					
変更の理由																
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	区分等 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																
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											
	地域生活支援事業															
	<input type="checkbox"/> 移動支援															
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援															
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス															
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター															
<input type="checkbox"/> 医療的ケア児移動介護支援																

備考 該当する□の中にレ印を付けてください。

（裏面に続く。）

