

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

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：													
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
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		
	個人番号：														
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
身体障害者 手帳等 級		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 非該当	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						
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 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"/> 就 労 選 択 支 援			
		<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 )		※ 共同生活援助を申請する場合に、 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 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 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) ※				
地域相談 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	〒 ー 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。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用（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80万9千円以下のもの ② ①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
	<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＞ 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 ＜20歳未満の方＞ 1 療養介護利用者であること。 （年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> 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＞ 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 ＜20歳未満の方＞ 1 施設入所者であること。 （年齢 歳）
	<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。
	<input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。

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		申請者との関係	
住所	〒 ー 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 ・ 学生証 ・ その他 ( )		