

(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

(あて先)交野市福祉事務所長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	受給者証番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名			
	居住地	〒 - 電話番号		
	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	支給申請に係る児童氏名		続柄	
	個人番号			
	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	疾病名
	被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)	
	障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)			有 ・ 無
	配偶者の有無			有 ・ 無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

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	
申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	共同生活援助(グループホーム)を申請するものは、希望する事業所の種類および介護の提供希望有無およびサテライト型希望などのその他の必要な事項を記載する。
		<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		
	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)	
居住系		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)		
		<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 type="checkbox"/> 施設入所支援			
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

主治医	病院名又は診療所名		主治医名	
	所在地	〒 - 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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を含む。)に入院している者に限る。)を申請する場合記入すること。

負担上限月額に関する認定及び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 負担上限月額の認定にあたり、次の所得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 (「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯を含む。) 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のあてはまる方にも○をつける。 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80万円以下のもの ② ①以外のもの 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)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(年齢 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(年齢 才)
	<input type="checkbox"/> III 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。 【20歳以上の方】 1. 介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)に入所している者(年齢 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者 【20歳未満の方】 1. 介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)に入所している者(年齢 才)
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム等入居者(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(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。 (注)対象事業所は、共同生活援助(グループホーム)
	<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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。

この申請書には、次の書類を添付してください。(公簿等により確認することができるときは省略することができます。)

- (1) 上記の事実関係を確認できる書類
- (2) 受給者証(既に支給決定されている方のみ)
- (3) お持ちの障がい者手帳等

なお、わたしは、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスにかかる負担上限月額を決定するにあたり、本人および扶養義務者の交野市の課税台帳などの市民税関係公簿や住民基本台帳、生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。

氏名 _____

サービス等利用計画・居宅サービス計画等を作成するために必要があるときは、障がい支援区分認定調査票、概況調査票、障害支援区分等認定審査会による判定結果、意見および医師意見書等を相談支援事業者、サービス提供事業者、医師意見書を記載した医師・介護支援専門員等に資料として提示することに同意します。

氏名 _____

届出者	フリガナ		申請者との関係	電話番号
	氏名			
	居住地	〒 -		